



**LÍVIA CHRISTINA
ANDREUCCI**

**PSICOMOTRICIDADE E RESILIÊNCIA EM
CRIANÇAS BRASILEIRAS E PORTUGUESAS**

Um estudo comparativo para a melhoria no ensino-aprendizagem



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**LÍVIA CHRISTINA
ANDREUCCI**

**PSICOMOTRICIDADE E RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS
BRASILEIRAS E PORTUGUESAS**

Um estudo comparativo para a melhoria no ensino-aprendizagem

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Maria de Lourdes Mendes Rocha Cró Bráz, Professora Coordenadora Principal (Equivalente a Professora Catedrática) da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra

Apoio financeiro da FCT SFRH / BD /
37965 / 2007 no âmbito do III Quadro
Comunitário de Apoio

Dedico este trabalho a todas as pessoas que me ajudaram a vencer os desafios da vida

o júri

presidente

Professor Doutor Amadeu Mortágua Velho da Maia Soares
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Professor Doutor José Pereira da Costa Tavares
Professor Catedrático Jubilado da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria de Lourdes Mendes Rocha Cró Bráz
Professora Coordenadora com Agregação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra (Coorientadora)

Professora Doutora Carolina Moreira da Silva de Fernandes de Sousa
Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve

Professora Doutora Amarílis Pereira Rocha
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu

Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Professor Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, pela orientação científica, apoio e incentivo em continuar, mesmo nas horas mais difíceis.

À Professora Doutora Maria de Lourdes Cró Bráz pela orientação firme e segura que sempre tive, e pelas palavras de incentivo ao longo de todos estes anos em que nos conhecemos, que mudaram a minha experiência académica.

À Professora Doutora Amarílis Rocha pela colaboração e apoio dados na realização dos estudos desta tese.

À Professora Doutora Célia Macedo, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, pelo apoio na área da investigação e interpretação dos desempenhos dos inscritos.

Ao Conselho Administrativo do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis pelo apoio e confiança em mim depositados durante os anos de implantação e mudanças de metodologia na área educacional da Instituição.

À Vice- Diretora e a todas as professoras, educadoras de infância, auxiliares de classe e demais colaboradores do Núcleo Assistencial, que acreditaram que valia a pena investir em novas metodologias de ensino para um futuro melhor.

À Diretoria Municipal de Ensino de Botucatu, à Diretora e a todas as professoras, educadoras de infância, auxiliares de classe e demais colaboradores da C.E.I. Professora Aida Heloísa Ávila, que colaboraram para a efetivação da pesquisa.

À Universidade de Aveiro, em especial a todos os profissionais e docentes do Departamento de Educação pelo respaldo e apoio logístico.

Aos Enfermeiros Ana Cristina Rodrigues Ferreira, Liliana Andreia Costa Loureiro, Patrícia Manuela Oliveira, Tânia Macário Pereira, Andreia Lopes, Filipa Almiro, Pedro Vitória, Rita Andrade, Selma Rodrigues e Sofia Santos

A todos os alunos do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis, que passaram pelas dependências das escolas desde a sua fundação, pois sem eles, nãoexistiria esta pesquisa e nem os artigos publicados.

Aos meus pais, pelos bons exemplos e palavras de incentivo e apoio que sempre me deram.

palavras-chave

Psicomotricidade, resiliência, intervenção precoce, crianças desfavorecidas, programas, ensino-aprendizagem

resumo

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a eficácia da aplicação de um programa que visa o desenvolvimento psicomotor e a resiliência em crianças brasileiras (de classes desfavorecidas) e portuguesas (meio rural). Foram implementados 3 estudos: no primeiro, exploratório, foi realizado um programa de intervenção na área da resiliência com 76 crianças portuguesas e 151 crianças brasileiras com idades entre os 3 e os 5 anos de idade, divididas em Grupo Experimental (submetido ao programa de intervenção Strong Start Pré-K, da Universidade do Oregon, adaptado às realidades portuguesa e brasileira) e Grupo Controlo (sem intervenção), avaliadas pelo questionário WeBeST (Well-Being Screening Tool) antes e depois da intervenção. O segundo estudo realizado numa ONG brasileira pretende avaliar o efeito da psicomotricidade e foi dividido em duas fases: fase A, que contou 32 crianças brasileiras de 5 anos de idade, que frequentam a Instituição em período integral e 28 crianças que frequentam em meio período. Na fase B foi aplicado um programa de intervenção (nas 28 crianças da fase A) para se avaliar o efeito dessa intervenção. O instrumento de avaliação utilizado na área foi o Inventário Portage, adaptado e operacionalizado para a população brasileira, que consta de 580 itens divididos em seis áreas (Autocuidados, Cognição, Desenvolvimento Motor, Estimulação Infantil, Linguagem e Socialização). O terceiro estudo avaliou apenas nas crianças de 5 anos, os efeitos da resiliência e psicomotricidade nas 28 crianças brasileiras da fase A e B (do estudo 2) e em 35 crianças portuguesas (do estudo 1).

Pudemos constatar no primeiro estudo que quer as crianças portuguesas, quer as brasileiras submetidas ao programa de intervenção na área da resiliência obtiveram melhores resultados que as não submetidas ao mesmo programa. Quanto aos resultados obtidos na fase A do segundo estudo na área da psicomotricidade, as crianças da ONG brasileira, que frequentavam o período integral obtiveram melhores resultados que as não frequentavam. Já na fase B, estas ao serem submetidas ao programa de intervenção específico, obtiveram resultados significativos, o que sugere que o Programa de intervenção foi eficaz, quer para as crianças que o tiveram anteriormente no período integral, quer para as que foram submetidas a ele na fase posterior.

No último estudo, as crianças brasileiras apresentaram melhores resultados que as portuguesas.

Não foi possível fazer um estudo comparativo entre Portugal e Brasil, relativamente à área da psicomotricidade, visto que na realidade portuguesa, desde os anos 70 é obrigatória na educação pré-escolar a psicomotricidade.

São referidas algumas implicações psicopedagógicas resultantes deste tipo de intervenção, perspetivando a melhoria da qualidade de ensino e aprendizagem e o desenvolvimento de personalidades resilientes das crianças.

keywords

Psychomotricity, Resilience, Early Intervention, poor kids, programs, teaching and learning

abstract

The present thesis aims to assess the effectiveness of the implementation of a programme for psychomotor development and resilience in Brazilian children (from lower social classes) and Portuguese children (from the countryside). Three studies were conducted: the first was an exploratory study and an intervention programme on resilience was carried out, with 76 Portuguese children and 151 Brazilian children aged between 3 and 5 years old, divided into an Experimental group (subjected to the intervention programme Strong Start Pre-K, from the University of Oregon, adapted to the Portuguese and Brazilian reality) and a Control Group (no intervention), assessed by the questionnaire WeBeST (Well-Being Screening Tool), administered before and after the intervention. The second study, conducted in a Brazilian Private Institution of Social Solidarity (PISS), aims to assess the effect of psychomotricity and was divided into two phases: Phase A included children of the age of 5, 32 Brazilian children who attend the Institution full time and 28 who attend it part time. In phase B, an intervention programme was applied (to the 28 children from phase A) in order to assess its effect. The assessment tool used was the Portage Guide, adapted and operationalized for the Brazilian population. It consists of 580 items which are divided into six areas (Self-care, Cognition, Motor Development, Infant Stimulation, Language and Socialisation). The third study assessed only five-year-old children on resilience and psychomotricity, the 28 Brazilian children in phase A and B (from the second study) and the 35 Portuguese children (from the first study). In the first study, it was observed that the Portuguese children and the Brazilian children, in the intervention programme for resilience, scored better results than those not included in the same programme. As for the results obtained in phase A, of the second study on psychomotricity, the children from the Brazilian NGO, who were there full time, had better scores than those who did not attend it. Whereas, in phase B, where the children were subject to a specific intervention programme, significant results were obtained which suggests that the intervention programme was effective for the full time children who were previously submitted to the intervention and for those children submitted to it in the later phase. In the final study, the Brazilian children presented better results than the Portuguese children. It was not possible to conduct a comparative study between Portugal and Brazil on psychomotricity as in Portugal it has been mandatory in preschool education since the 70s. Also stated, are some psychopedagogical implications resulting from this type of intervention with the intention of improving the quality of teaching and learning and developing the resilient personalities of these children.

Índice

Índice de figuras	I
Índice de Quadros	II
Índice de tabelas	III
Siglas	IX
Acrónimos	X
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
CAPÍTULO I – Psicomotricidade	9
1.1. Contextualização da influência da psicomotricidade nos diferentes ciclos de vida. Do homem primitivo ao homem do século XXI	11
1.2. Clarificação e Operacionalização de Conceitos acerca da Psicomotricidade	14
1.3. O desenvolvimento psicomotor e o Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico	17
1.3.1. Desenvolvimento Psicomotor e a construção do sujeito desde os primeiros anos de vida, à adolescência	20
1.4. Os eixos da psicomotricidade e os instrumentos de avaliação	42
1.4.1. Expressão e Movimento de Marie-José Laval Lambert	46
1.4.2. Inventário Portage Operacionalizado	47
1.5. Contributo da Psicomotricidade no Ensino - Aprendizagem e Sucesso Escolar	53
CAPÍTULO 2 - Resiliência	55
2.1. As emoções, a resiliência e o homem do século XXI.....	57
2.2. As primeiras pesquisas em resiliência	57
2.3. Clarificação e operacionalização de conceitos relacionados com a resiliência	59
2.4. Programas de Aprendizagem Emocional e Social	82
2.4.1. Devereux Early Childhood Assessment Program (DECA).....	90
2.4.2. SEAL	91
2.4.3. Penn Resilience Project (PRP)	93
2.4.4. Oregon Resilience Project (ORP).....	94
2.4.5. The International Resilience Project.....	97
2.5. Contributos da Resiliência no Ensino- Aprendizagem e Sucesso Escolar	99

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	103
CAPÍTULO 3 – Metodologia geral.....	105
3.1. Objetivos da investigação.....	109
3.2. Questões e hipóteses de estudo.....	109
3.3. Desenho da investigação	111
3.4. Amostra global	114
3.5. Instrumentos de recolhas de dados	114
3.6. Procedimentos	117
3.7. Análise dos dados	120
CAPÍTULO 4 – Estudo sobre a resiliência em crianças portuguesas e brasileiras em idade pré-escolar (Estudo 1)	123
4.1. Metodologia específica.....	125
4.1.1. Objetivos e Desenho da Investigação.....	125
4.1.2. Amostra	127
<i>Caracterização da amostra portuguesa.....</i>	127
4.1.3. Instrumentos	141
4.1.4. Procedimentos	143
4.1.5. Análise dos Dados	143
4.2. Resultados e Discussão.....	143
<i>Estudo da Resiliência em função do sexo, da idade, da profissão do pai e da mãe, do número de irmãos e em função do grupo (intervenção) em Portugal</i>	149
<i>Estudo da Resiliência em função do sexo, da idade, da profissão do pai e da mãe e em função do grupo (intervenção) no Brasil</i>	157
<i>Conclusão integrativa dos resultados.....</i>	161
CAPÍTULO 5 – Estudo sobre a psicomotricidade em crianças brasileiras (Estudo 2).....	163
5.1. Desenho da Investigação e Objetivos.....	165
5.1.1. Amostra do Estudo 2	168
5.1.2. Instrumentos	170
5.1.3. Procedimentos	170
5.1.4. Análise dos dados.....	171
5.2. Resultados e Discussão.....	171
<i>Fase A: Resultados globais do Portage obtidos pela amostra brasileira</i>	171

<i>Portage do Grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI)</i>	173
<i>Portage do Grupo dos Frequentadores do Núcleo em meio período (NA-MP)</i>	174
<i>Comparações com trabalhos de outros Autores</i>	175
<i>Análise estatística comparativa da psicomotricidade dos alunos que frequentam o Núcleo Joanna de Ângelis por sexos</i>	176
<i>Estudo da relação entre a psicomotricidade, os sexos e o frequentar o Núcleo por meio período (NA-MP) ou em período integral (NA-PI)- intervenção.....</i>	183
<i>Síntese conclusiva da Fase A</i>	188
<i>Fase B - Estudo da relação entre a psicomotricidade e os alunos que frequentam o Núcleo Joanna de Ângelis em meio período e foram submetidos, posteriormente, a um programa de intervenção na área da psicomotricidade</i>	189
<i>Comparação entre o Pré Teste e o Pós Teste (Amostra global)</i>	189
<i>Comparação do Pré Teste X Pós Teste tendo em conta o sexo</i>	191
<i>Síntese conclusiva da Fase B</i>	193
5.3. Síntese Conclusiva e Análise comparativa entre as Fases A e B - Estudo 2	193
CAPÍTULO 6 - Estudo sobre a Psicomotricidade e a Resiliência em crianças portuguesas e brasileiras de 5 anos de idade (Estudo 3)	197
Metodologia específica	199
6.1. Objetivos e desenho da investigação	199
6.1.1. Amostra	201
6.1.2. Instrumentos	204
6.1.3. Procedimentos	204
6.1.4. Análise dos dados	205
6.2. Resultados e Discussão	205
<i>Estudo da relação entre a resiliência e os grupos, o sexo, a profissão do pai e da mãe e o número de irmãos em Portugal.....</i>	207
<i>Estudo da resiliência em função do sexo, da idade, da profissão do pai e da mãe, do número de irmãos e em função do grupo (intervenção) em Portugal</i>	209
<i>Estudo da relação entre a resiliência e os grupos, o sexo, a profissão do pai e da mãe e o número de irmãos no Brasil.....</i>	213
<i>Estudo da resiliência em função do sexo, da profissão do pai e da mãe, do número de irmãos e em função do grupo (intervenção) no Brasil</i>	216

<i>Síntese Conclusiva do Estudo 3</i>	221
Capítulo 7 – Conclusão Integrativa.....	223
7.1. Principais Conclusões.....	225
7.2. Implicações práticas	228
7.3. Limitações	229
7.4. Investigações Futuras	229
Referências	231
Anexos.....	275

Índice de figuras

Figura 1: Desenho Geral da Investigação.....	111
Figura 2 - Programa <i>Strong Start Pré K</i> em Portugal	126
Figura 3- Programa <i>Strong Start Pré K</i> no Brasil	135
Figura 4-- Desenho da Investigação sobre a psicomotricidade no Brasil – Fase A	166
Figura 5 - Estudo sobre a Psicomotricidade e a Resiliência em crianças portuguesas e brasileiras de 5 anos de idade	200

Índice de Quadros

Quadro 1- Etapas do desenvolvimento psicomotor de acordo com Wallon	22
Quadro 2– O Desenvolvimento humano segundo Wallon.....	22
Quadro 3– Estádios do desenvolvimento segundo Freud	23
Quadro 4– Estádios Psicossociais segundo Erikson	25
Quadro 5 – Estádios do desenvolvimento segundo Piaget.....	28
Quadro 6– Quadro comparativo entre as teorias do Desenvolvimento.....	39

Índice de tabelas

Tabela 1-Distribuição da amostra portuguesa segundo a idade e o sexo	127
Tabela 2 -Estatísticas descritivas relativas à idade e ao sexo da amostra portuguesa	128
Tabela 3 -Distribuição da amostra portuguesa segundo a idade e o local	128
Tabela 4 -Estatísticas descritivas relativas à idade e ao local da amostra portuguesa.....	129
Tabela 5- Distribuição do grupo português segundo a idade	129
Tabela 6 -Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo português segundo a idade	130
Tabela 7 -Distribuição do grupo português segundo o sexo	130
Tabela 8 - Distribuição do grupo português segundo o local	131
Tabela 9 – Distribuição do grupo português segundo a profissão do pai.....	131
Tabela10– Distribuição do grupo português segundo a profissão da mãe	132
Tabela 11 – Distribuição do grupo português segundo o número de irmãos e o grupo	132
Tabela 12-Estatísticas descritivas relativas ao número de irmãos e ao grupo português ..	133
Tabela 13- Características Sociodemográficas da amostra portuguesa.....	133
Tabela 14– Distribuição da amostra brasileira segundo a idade e o sexo	136
Tabela 15 – Estatísticas descritivas relativas à idade e ao sexo	136
Tabela 16– Distribuição do grupo experimental e controlo brasileiro segundo a idade ...	137
Tabela 17– Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo segundo a idade	137
Tabela 18– Distribuição do grupo segundo o sexo.....	138
Tabela 19 – Distribuição do grupo segundo a profissão do pai.....	138
Tabela 20 – Distribuição do grupo segundo a profissão da mãe	139
Tabela 21 - Características Sociodemográficas da amostra Brasileira.....	140
Tabela 22 - Distribuição do grupo experimental e do grupo controlo segundo a idade e o país.....	144
Tabela 23 - Distribuição do grupo segundo o sexo e o país	145
Tabela 24 - Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo português e brasileiro quanto à resiliência	146
Tabela 25 -Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças portuguesas em função do grupo:	147
Tabela 26 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em função do sexo ..	147

Tabela 27 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão do pai	148
Tabela 28 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão da mãe	148
Tabela 29 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função do número de irmãos	149
Tabela 30 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo.....	150
Tabela 31 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à idade e em função do grupo.....	150
Tabela 32 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo	151
Tabela 33 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo.....	152
Tabela 34 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo	153
Tabela 35 - Resultado do teste de Wilcoxon, da resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo.....	154
Tabela 36 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em função do grupo:.....	155
Tabela 37 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em função do sexo.....	155
Tabela 38 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência das crianças brasileiras em função da idade.....	156
Tabela 39 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência das crianças brasileiras em função da profissão do pai.....	156
Tabela 40 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência das crianças brasileiras em função da profissão da mãe	157
Tabela 41 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em relação ao sexo e em função do grupo	157
Tabela 42 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência das crianças brasileiras em relação à idade e em função do grupo	158

Tabela 43 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em relação à idade e em função do grupo	158
Tabela 44 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo	159
Tabela 45 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo	159
Tabela 46 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em relação à profissão da mãe e em função do grupo	160
Tabela 47- Características sociodemográficas da Amostra Brasileira do Estudo 2	169
Tabela 48 - Resultados a serem obtidos segundo o Inventário Portage Operacionalizado (IPO), Aiello & Williams (2009):.....	171
Tabela 49 - Desempenho nas áreas de desenvolvimento (cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização) em percentagem para a faixa etária das crianças, em comparação com os resultados obtidos por Murta (2011)......	176
Tabela 50 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da psicomotricidade em função do sexo.....	177
Tabela 51 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, dos autocuidados em função do sexo	177
Tabela 52 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da cognição em função do sexo	178
Tabela 53 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, do desenvolvimento motor em função do sexo.....	178
Tabela 54 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da linguagem em função do sexo..	179
Tabela 55 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da socialização em função do sexo	179
Tabela 56 - Resultado do teste U de Mann- Whitney, da psicomotricidade das crianças brasileiras em função de frequentar o Núcleo em período integral ou meio período.....	180
Tabela 57- Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área dos autocuidados em função de frequentar por meio período ou período integral o Jardim Escola.	181
Tabela 58 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da cognição em função dos grupos	181
Tabela 59 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área do Desenvolvimento Motor em função dos grupos	182

Tabela 60 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da linguagem em função dos grupos	182
Tabela 61 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da socialização em função dos grupos	183
Tabela 62 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da psicomotricidade em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo em período integral ou por meio período.	184
Tabela 63 - Resultado do teste T Independente, da área de autocuidados em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo em período integral ou por meio período.....	184
Tabela 64 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área de autocuidados em relação ao sexo e em função de frequentar Núcleo em período integral ou por meio período	185
Tabela 65 - Resultado do teste T Independente, da área de cognição em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.	185
Tabela 66 - Resultado do teste T Independente, da área de Desenvolvimento Motor em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.	186
Tabela 67 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da Linguagem em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.	187
Tabela 68 - Resultado do teste T Independente, da socialização em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.	187
Tabela 69 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da socialização em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.	188
Tabela 70 - Resultado do teste de Wilcoxon, da psicomotricidade entre o pré-teste e o pós-teste do grupo que frequenta o Núcleo por meio período, submetido a um programa de intervenção na área da psicomotricidade.	190
Tabela 71 - Resultado do teste de Wilcoxon, na área dos autocuidados e do desenvolvimento motor em função do pré teste e do pós teste dos frequentadores do Núcleo em meio período, submetido a um programa de intervenção na área da psicomotricidade.	190
Tabela 72 - Resultado do teste T Emparelhado, da área da cognição, linguagem e socialização em função do pré e do pós teste dos frequentadores do Núcleo em meio período, submetido a um programa de intervenção na área da psicomotricidade.....	191

Tabela 73- Resultado do teste de Wilcoxon, quando comparados a psicomotricidade em função do sexo (rapazes)	191
Tabela 74 - Resultado do teste T Emparelhado, da psicomotricidade em função do sexo (raparigas).....	191
Tabela 75 - Resultado do teste T Emparelhado em todas as áreas do desenvolvimento em função do pré e do pós teste no sexo masculino.....	192
Tabela 76 - Resultado do teste T Emparelhado em todas as áreas do desenvolvimento em função do pré e do pós teste no sexo feminino.....	192
Tabela 77 - Características Sócio-demográficas da amostra Portuguesa (Estudo 3).....	201
Tabela 78 - Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo brasileiro quanto à resiliência	206
Tabela 79 - Resultado do teste T Independente , da resiliência das crianças portuguesas em função do grupo:	207
Tabela 80 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em função do sexo	208
Tabela 81 - Resultado do teste Anova, da resiliência em função da profissão do pai.....	208
Tabela 82 - Resultado da Anova, da resiliência em função da profissão da mãe.....	209
Tabela 83 - Resultado do teste Anova, da resiliência em função do número de irmãos ...	209
Tabela 84 - Resultado do teste T Independente da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo	210
Tabela 85 - Resultado do teste T- Independente, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo	210
Tabela 86 - Resultado do teste T Independente, da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo.....	211
Tabela 87 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo	212
Tabela 88 - Resultado do teste de T-Emparelhado, da resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo.....	213
Tabela 89 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em função do grupo	213
Tabela 90 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência das crianças brasileiras em função do grupo:	214
Tabela 91 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em função do sexo ..	214

Tabela 92 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão do pai	215
Tabela 93 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão da mãe	215
Tabela 94 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função do número de irmãos	216
Tabela 95 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo.....	216
Tabela 96 - Resultado do teste T Independente da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo.....	217
Tabela 97 - Resultado do teste T- Independente, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo	217
Tabela 98 - Resultado do teste T- Independente, da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo	218
Tabela 99 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo	219
Tabela 100 - Resultado do teste de Wilcoxon, da resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo sem intervenção na área da psicomotricidade e da resiliência.....	220

Siglas

Cit. in – citado em

Cf. – confere

ed. - edição

et al. – e outros

etc. – et cetera

ex. – exemplo

Exmas - excelentíssimas

Exmo. – excelentíssimo

Max. – máximo

Min. – mínimo

nº - número

n.s. – não significativo

pág. – página

pp - páginas

vol. – volume

vs. – versus

Acrónimos

AMAI – Associação Moimentense de Apoio à Infância

CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning),

CV – Coeficiente de Variação

DECA- Devereux Early Childhood Assessment Program

DP – Desvio Padrão

GC – grupo de controlo

GE – grupo experimental

ICC - Centro Internacional da Criança

IPO - Inventário Portage Operacionalizado.

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

JD – João de Deus

JE – Jardim Escola

NGO- Non-Governmental Organization

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG- Organização Não Governamental

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WeBeST – Well-Being Screening Tool

WHO – World Health Organisation

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO GERAL

Um dos maiores desafios do século XXI apresentado às escolas é preparar os alunos para que tenham sucesso pessoal e profissional, um bom desenvolvimento global, afetivo, psicomotor, linguístico, além de um bom relacionamento interpessoal, que lhes permita saber interpretar o mundo ao seu redor e lidar com as adversidades da vida cotidiana, numa sociedade cada vez mais competitiva e em constantes mudanças. A cada dia que passa temos de compreender melhor a nós mesmos, os outros, o meio que nos cerca e com o qual nos deixamos envolver.

É cada vez mais necessário, segundo a Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, que o indivíduo saiba *aprender a viver em sociedade*, desenvolvendo conhecimentos acerca dos outros, saiba *aprender a conhecer* o mundo ao seu redor, saiba *aprender a fazer*, onde adquira as competências básicas para o seu desenvolvimento e saiba *aprender a ser* com autonomia e discernimento com responsabilidade social (Silva, 2008; Delors, 1996).

Sendo Diretora Escolar de uma Organização não-governamental (ONG) no Brasil, destinada a crianças social, cultural e economicamente desfavorecidas, que atende a crianças dos 3 anos de idade até o nono ano, esta tem sido a nossa preocupação desde a fundação da mesma: o que fazer para melhorar a qualidade de vida, do bem-estar, diminuir os índices de reprovação e preparar crianças desfavorecidas desde a mais tenra idade para enfrentar os desafios do século XXI?

Enfrentariam os mesmos problemas e situações as crianças portuguesas desfavorecidas? Reagiriam da mesma maneira? Como lidariam com seu medo, raiva, alegria, tristeza e surpresa? Saberiam como lidar com o *stress* e resolver os seus problemas e lidar com as dificuldades que surgissem?

Pensando nessa problemática, procurámos na presente investigação unir duas áreas do conhecimento: a Educação, através das atividades psicomotoras que favorecem o desenvolvimento integral da personalidade na criança, através do brincar e do expressar-se através dos movimentos, o que faz com que se desenvolva o seu conceito de esquema corporal, a sua imagem corporal, bem como o seu autoneito e sua autoestima e tenha uma melhor visão do mundo ao seu redor e a Psicologia, através da resiliência, capacidade com a qual o indivíduo aprende a conhecer os seus sentimentos e emoções, a lidar com as emoções e sentimentos próprios e dos outros, aprende a ter estratégias para a

resolução dos problemas enfrentados no seu cotidiano e estabelece objetivos e metas a fim de ter uma melhor qualidade de vida, sucesso pessoal e profissional e assim possa viver em harmonia na sociedade.

Bezerra e Hermida (2011) relatam uma entrevista de Levin (2005), concedida à Revista Nova Escola, em que este destaca a importância da psicomotricidade como um auxiliar à pedagogia à renovação e na definição de novos princípios para o ensino, tendo por base os estudos efetuados na área da Psicomotricidade por Claparède, Montessori, Schilder, Gesell, Wallon, Piaget. Ajuriaguerra, Vitor da Fonseca, Le Boulch, Costallat, Lapierre, Aucutier, Luria, Vayer, Lagrange e Levin, entre outros, descritos por Cró (2012, 2011, 2006) em suas investigações.

Andreucci (2007) descreve um programa inovador de intervenção no pré-escolar realizado no Brasil, baseado no Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico através de atividades psicomotoras que contribuíram de maneira significativa para a diminuição do quadro de reprovação escolar, a partir do primeiro ano de escolaridade de uma ONG (em torno de 50%) para 11% após a implementação desse Programa.

Quanto à resiliência, na perspectiva de Pereira (2011, 2006) esta é um dos desafios do milénio, as emoções positivas promovem uma visão de mundo com um sentido mais positivo e com mais significado e o saber lidar com as adversidades através das estratégias de *coping* podem ser considerados recursos importantes e com elevado impacto na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos.

Rodrigues (2011) enfatiza a importância dos programas de intervenção precoce ao interromper ou minimizar os efeitos dos fatores de risco presentes no desenvolvimento infantil, desde o nascimento até pelo menos a idade escolar, através de experiências significativas tendo como objetivos a maximização do desenvolvimento integral da personalidade.

Ao estabelecer um programa de intervenção conjunta, baseado em atividades psicomotoras e atividades ligadas à aquisição de competências de resiliência poderemos obter um melhor desenvolvimento global das crianças e personalidades mais resilientes nos alunos portugueses e brasileiros com 5 anos de idade, frequentadores de pré-escolas?

Perante tais questões, o objetivo do presente trabalho é estudar e avaliar a eficácia da aplicação em conjunto de programas do desenvolvimento psicomotor e resiliência.

Para atingir tal objetivo, o trabalho foi dividido em duas partes: enquadramento teórico e contribuição empírica.

Assim, no primeiro capítulo, no âmbito do enquadramento teórico, apresentaremos conceitos relacionados com a psicomotricidade, o Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico e a contribuição desta no processo de ensinoaprendizagem.

O capítulo 2 tratará de conceitos relacionados à resiliência, onde também apresentaremos alguns programas desenvolvidos, a nível mundial, na faixa de idade dos 3 aos 18 anos de idade, que favorecem também o sucesso escolar e pessoal.

A partir do capítulo 3 será apresentada a parte empírica da nossa investigação, onde especificaremos a metodologia, os objetivos, a problemática, as hipóteses e estabeleceremos o desenho dos nossos três estudos.

O capítulo 4 abordará o primeiro estudo sobre a implementação e avaliação do programa de resiliência realizado com crianças portuguesas e brasileiras.

O capítulo 5 tratará de um estudo realizado no Brasil, na área da psicomotricidade, com crianças inscritas no Núcleo Assistencial, que frequentam em meio período ou em período integral.

No capítulo 6 foi feito um estudo comparativo entre crianças portuguesas e brasileiras com a mesma faixa etária, submetidas a um programa de intervenção na área da resiliência que tiveram ou não intervenção na área da psicomotricidade.

O capítulo 7 tratará da conclusão integrativa de todos os estudos realizados, das implicações, limitações e investigações futuras que poderão vir a ser realizadas. Terminaremos com a bibliografia e os anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – Psicomotricidade

CAPÍTULO 1 – Psicomotricidade

Introdução

1.1. Contextualização da influência da psicomotricidade nos diferentes ciclos de vida. Do homem primitivo ao homem do século XXI

Se considerarmos a psicomotricidade do ponto de vista do homem em ação, numa visão histórico – antropológica, Lussac (2008) analisa o comportamento do homem pré-histórico, primitivo, cuja sobrevivência estava ligada ao seu desenvolvimento psicomotor, cujas atividades essenciais eram a caça, a pesca, a colheita de alimentos para a sobrevivência do grupo e para que isso ocorresse era necessário ter força, velocidade e coordenação, entre outras coisas. Além disso, havia a interação com os objetos, com o outro nos momentos de recreação, nos ritos cerimoniais desenvolvidos por eles.

Certamente tiveram de estruturar todos os seus atos para uma melhor capacidade de sobrevivência, de maneira mais precisa.

Será diferente o comportamento e as habilidades do homem do século XXI?

Hoje os tempos são outros, há mais recursos, o homem está rodeado de modernas tecnologias, mas também necessita dessas habilidades para a sua sobrevivência, embora se tenha aperfeiçoado mais, para uma melhor adaptação ao meio que o rodeia.

É necessário ter um bom domínio corporal, uma boa percepção óculo- manual, auditiva, uma lateralização bem definida, uma boa faculdade de perceber os símbolos que o rodeiam, a orientação espácio- temporal e rítmica, uma boa capacidade de concentração, além das percepções de forma, tamanho e número, bem como de uma boa coordenação estática e dinâmica, anteriormente conhecidas como coordenação motora grossa e fina e um bom equilíbrio.

Para uma vivência em sociedade são considerados sete os elementos básicos inerentes ao homem: correr, saltar, escalar, levantar peso, carregar (sentido de transportar), pendurar e arremessar.

Serão esses movimentos diferentes dos que seriam normalmente exigidos ao homem pré-histórico?

Atualmente existem diferentes olhares e correntes distintas na área da psicomotricidade. Enquanto uma aponta para a educação psicomotora, outra, para a terapia e reeducação psicomotora (Lussac, 2008; Le Boulch, 1982). Estas correntes já

evidenciam não só diferentes intervenções, de um modo superficial, sob a perspectiva de mercado e atuação profissional, além da atuação em diferentes faixas etárias.

A Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP), em 2003 estabelece os diversos contextos de possibilidades de ação, bem como as faixas etárias para o desenvolvimento da psicomotricidade: crianças em fase de desenvolvimento; bebês de alto risco; crianças com dificuldades/atrasos no desenvolvimento global; pessoas portadoras de necessidades especiais: deficiências sensoriais, motoras, mentais e psíquicas; pessoas que apresentam distúrbios sensoriais, perceptivos, motores e relacionais em consequência de lesões neurológicas; família e a 3ª idade, que poderão ser atendidas em creches; escolas; escolas especiais; clínicas multidisciplinares; consultórios; clínicas geriátricas; postos de saúde; hospitais; empresas e define a psicomotricidade como um termo empregado para uma conceção de movimento integrado e organizado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante da sua individualidade, linguagem e socialização (Lussac, 2008).

Portanto, a psicomotricidade é uma ciência aplicável em qualquer época da nossa vida. Seja na infância, adolescência, adulta ou velhice.

Na infância, é de vital importância na área do desenvolvimento e aprendizagem. O corpo é um universo em particular e através dele, a criança sente, age, interage, percebe o mundo ao seu redor e descobre novos horizontes, partilha o seu mundo com o outro. Como não há dois seres iguais, e não há dois desenvolvimentos iguais, aprende a respeitar as suas e as limitações dos outros.

Na perspectiva de Silva (2005), a psicomotricidade nesta faixa etária, auxilia esse universo em formação a descobrir-se por inteiro, através de estimulação e exploração concreta do mundo.

A adolescência representa uma nova fase no ciclo de vida, onde surgem novos conflitos, novas informações em que o corpo se transforma mental e fisicamente e se cria uma nova imagem corporal, que tem de ser reestruturada e ressignificada. A psicomotricidade é, assim, um apoio importante para a assimilação dessa nova fase (Silva, 2005).

A fase adulta traz novos desafios, novos padrões de comportamento, novos hábitos, em que o sujeito traz as experiências vividas na infância e tem de se adaptar ao *stress* e às tensões do quotidiano, com consequências na saúde e bem-estar. Nesse

momento a função da psicomotricidade é resgatar a verdadeira essência reequilibrando e reorganizando o corpo através de terapias que vão gerar auto conhecimento e fortalecimento da autoimagem (Silva, 2005).

A terceira idade ainda gera muitos mitos e crenças. Ocorrem muitas alterações anatômicas, funcionais e emocionais. A gerontopsicomotricidade proporciona uma diminuição nas perdas psicomotoras, que acontecem durante o processo de envelhecimento. Os indivíduos recuperam sua autonomia, o seu desejo, a sua motivação, o seu prazer e a sua alegria.

Como pudemos refletir, com o passar dos anos surgem novas imagens corporais para um mesmo indivíduo, em constante processo de atualização, que tem de agir e interagir num mundo rodeado de outras pessoas, com outras ideias, outras percepções, que tem de se adaptar a realidades diferentes, situações adversas e conflitos geradores de *stress* não muito diferentes das vividas pelos homens primitivos.

O nosso trabalho tem por objetivo estudar como é que um programa de intervenção que une a psicomotricidade e a resiliência poderia ajudar crianças portuguesas brasileiras e a ultrapassar essa primeira fase do ciclo de vida humano.

Num primeiro momento, discutiremos diferentes aspetos relacionados com a psicomotricidade, tais como conceitos gerais, o que é o desenvolvimento psicomotor e como poderá ser ativado, os eixos da psicomotricidade, como estabelecer grelhas de observação e um estudo realizado anteriormente com crianças sócio, cultural e economicamente desfavorecidas no Brasil.

Numa outra fase abordaremos a problemática da Resiliência, onde apresentaremos algumas definições e programas de intervenção aplicados atualmente nas primeiras fases do ciclo de vida: infância e juventude.

Passaremos então à metodologia e à perspectiva empírica, propriamente dita, com diversos estudos exploratórios efetuados, quer no Brasil, quer em Portugal, bem como a análise dos resultados obtidos e a conclusão desses estudos realizados.

1.2. Clarificação e Operacionalização de Conceitos acerca da Psicomotricidade

A origem do conceito da Psicomotricidade remonta à Antiguidade, com as concepções de Aristóteles (384-322 a.C.), quando este se refere ao dualismo corpo-alma.

É a partir da necessidade médica de encontrar uma área que explique certos fenómenos clínicos que se nomeia, pela primeira vez, a palavra psicomotricidade, no ano de 1870. As primeiras pesquisas têm um enfoque neurológico.

Em 1900, Werneck utiliza o termo pela primeira vez, mas cabe a Dupré (1907), neuropsiquiatra, introduzir o conceito de debilidade motora (antecedente do sintoma psicomotor), num relato neurológico, do ponto de vista patológico.

Em 1925, Henry Wallon, psicólogo, grande pioneiro da definição do conceito de psicomotricidade, ocupa-se do movimento humano, como instrumento na construção do psiquismo. Esta diferença permite a Wallon relacionar o movimento com o afeto, a emoção, o meio ambiente e os hábitos do indivíduo. Para ele, o movimento é a única expressão, e o primeiro instrumento do psiquismo, sendo o desenvolvimento psicológico da criança o resultado da oposição e substituição de atividades que se precedem umas as outras. Wallon, ao introduzir a noção de esquema corporal, refere - se a este conceito não somente como uma unidade biológica ou psíquica, mas como a construção e elemento de base para o desenvolvimento da personalidade da criança.

Em 1935, Eduard Guilmain, neurologista, impulsiona as primeiras tentativas de estudo da reeducação psicomotora, desenvolvendo, um exame psicomotor para fins de diagnóstico, de indicação da terapêutica e de prognóstico.

Em 1947, Julian de Ajuriaguerra, psiquiatra, delimita com clareza os transtornos psicomotores que oscilam entre o neurológico e o psiquiátrico. Com estas novas contribuições, a psicomotricidade adquire uma nova autonomia.

A psicomotricidade, para Wallon e Ajuriaguerra, concebe os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança como dialéticos (em sentido bastante genérico, oposição, conflito originado pela contradição entre princípios teóricos ou fenómenos empíricos) e não redutíveis uns aos outros.

Inúmeros pesquisadores contribuíram para que o conceito da psicomotricidade fosse mais divulgado: Claparède, Montessori, Schilder, Gesell, Piaget, Rossell, Costallat,

Ramain, Lapierre, Aucutier, Luria, Vayer, Bérge, Lagrange, Lebovici, Désobea, Guillarme, Defontaine, Fonseca, entre outros.

A partir dos anos 70, o conceito de psicomotricidade ganhou uma expressão significativa, uma vez que traduz a solidariedade profunda e original entre a atividade psíquica e a atividade motora, sendo o movimento parte integrante do comportamento. A psicomotricidade é o produto de uma relação inteligível entre a criança e o meio, e instrumento privilegiado, através do qual a consciência se forma e materializa-se.

Segundo Lussac (2008) e Rosa Neto (2002), Psicomotricidade é a interação de diversas funções neurológicas, motrizes e psíquicas, perspectivando a educação através do movimento e modifica-se ao longo do tempo, com as influências do quotidiano e as alterações que o ambiente exerce sobre o corpo, pelo que a estimulação precoce é fundamental.

A psicomotricidade, na perspectiva de Barros (2008) é uma ação educativa integrada e fundamentada na educação, na linguagem e nos movimentos naturais e espontâneos da criança, de maneira consciente e intencional. Ajuda a reencontrar o caminho da comunicação consigo mesma e com os outros, além de transformar o mundo ao seu redor.

É por meio do movimento que ocorrem as reações de origem interoceptivas, propriocetivas e exteroceptivas e é através da educação pelo movimento (educação psicomotora) em seus aspetos orgânicos, motores e psicológicos que ocorrem a formação do carácter e o desenvolvimento da capacidade de resolução de tarefas da vida quotidiana, que permitem à criança viver em harmonia com o seu corpo, com os outros e com o ambiente ao seu redor; favorece o desenvolvimento dos gestos, dos movimentos e a capacidade de perceção; desenvolve o equilíbrio; estimula a confiança em si; atenua os bloqueios que interferem na aprendizagem escolar; favorece o aperfeiçoamento da força de vontade, da tomada de decisão e da perseverança; estimula a criatividade, a tolerância e a aceitação dos desafios com responsabilidade.

Barros (2008) evidencia a Psicomotricidade como ação educativa integrada e fundamentada na linguagem e nos movimentos naturais e espontâneos das crianças, tendo como finalidade normalizar e aperfeiçoar a conduta global do ser humano, que utiliza as ações psicomotoras, como meio de comunicação na exploração do movimento consciente, intencional e sensível e é o ponto total de apoio das experiências sensório –

motoras, emocionais, afetivas, cognitivas, espirituais e sociais, como um todo. Refere ainda que a Psicomotricidade ajuda a pessoa a ter uma melhor tomada de consciência do seu corpo integradas emoções, para reencontrar o caminho das comunicações consigo mesma e com os outros.

A Psicomotricidade ainda está dividida em três áreas: Educação, Reeducação e Terapia Psicomotora, que atuam de forma integrada na vida emocional e efetiva do ser humano. Tem por objetivo harmonizar o comportamento humano, tendo por base o movimento e da linguagem, onde as pessoas comunicam entre si e transformam o mundo que as rodeia.

Lussac (2008), Oliveira (1997) e Defontaine (1980) declaram que só podemos entender a psicomotricidade através da triangulação corpo, espaço e tempo e define os dois componentes da palavra: *psico*, os elementos do espírito sensitivo e motricidade como movimento, mudança no espaço, em função do tempo e em relação a um ponto de referência.

Fávero (2007), Oliveira (1997) e Ajuriaguerra (1980), afirmam ser um erro estudar apenas psicomotricidade apenas do ponto de vista motor.

Pinto (2008) relata que ao interagir, a criança dá sentido às experiências vividas, desde as fases sensoriomotor e pré-operatória.

Para Heinsius (2010, 2008), a psicomotricidade estimula os vínculos que a criança estabelece com as outras pessoas e objetos, por meio de suas ações e é uma disciplina que tem como objeto de estudo o corpo e suas manifestações. O que interessa à Psicomotricidade é a construção do corpo na integração das dimensões motora-instrumental (esquema corporal), emocional-afetiva (necessidades, conflitos vinculares, proibições, símbolos e marcas inconscientes) e prático-cognitiva (conhecimento do próprio corpo e seu alcance no espaço e no tempo), onde corpo e psiquismo formam uma unidade, tendo a construção do indivíduo por base os vínculos e relacionamentos com os outros sujeitos, dentro de um contexto social em um determinado contexto histórico.

O direito de brincar na infância foi instituído pelo artigo nº 31 da Convenção dos Direitos da Criança na ONU, em 1989, que garante à criança o direito ao descanso, ao tempo livre, a participar em atividades de jogos e recreação, adequados e apropriados à sua idade e a usufruir livremente da vida cultural e artística do seu meio (Cohen, Faria & Magnan, 2010).

Através de brincadeiras, a criança desenvolve a sua psicomotricidade e relaciona-se com o meio ao seu redor, através da ação do seu próprio corpo, localizando-se no tempo e no espaço, melhora a sua qualidade de vida e bem-estar, além de elaborar e resolver situações conflituantes, que fazem parte do seu dia-a-dia. Ao interagir com um adulto, em atividades previamente planejadas e devidamente registradas, a criança aprende a falar e a interiorizar valores, conceitos e papéis sociais, apropria-se do repertório cultural corporal do qual faz parte, fortifica-se enquanto indivíduo e afirma a sua existência enquanto ser social.

Elevada ao nível de ciência, a psicomotricidade está a adquirir crescente importância nos trabalhos de desenvolvimento da infância, a partir da fase pré – escolar e mesmo antes.

Como trata da relação entre o homem, seu corpo, o meio físico e sócio – cultural no qual convive, a Psicomotricidade é estudada e investigada em diversos campos científicos, tais como a Neurofisiologia, a Psiquiatria, a Psicologia e a Educação, por exemplo, dando a cada uma dessas áreas um enfoque específico.

1.3. O desenvolvimento psicomotor e o Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico

Alves (2008) descreve o desenvolvimento como um processo ordenado, contínuo que envolve todas as áreas do organismo e da personalidade, sendo suas fases comuns a todas as crianças, desde os primeiros dias de vida, mas com características únicas e individuais referentes à maneira de ser, de estar, ou de acordo com o meio e o ambiente em que cada criança vive, o que torna cada criança única no seu processo de desenvolvimento. Evidencia ainda que os primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento das suas capacidades futuras. Muitos autores dividem o desenvolvimento psicomotor em 3 etapas: de zero a sete anos, dos sete aos dez anos e dos dez aos catorze anos de idade, sendo fator essencial e indispensável ao desenvolvimento global e uniforme. Poderá ser esse desenvolvimento ativado (Cró,2011, 2006,1994; Tavares (2011,1992)?

Na perspectiva de Cró (2011,2006) ativar significa estimular o que está presente, até que atinja um máximo, sem violentar a natureza, mas completá-la. Para Sousa (2006), ao ativar é preciso observar, analisar, compreender e intervir no próprio processo de desenvolvimento humano.

Como relatam Sousa (2006) e Tavares (1995) há alguns princípios básicos em que assenta a intervenção: por um lado, esta pode ser aplicada em situações normais do desenvolvimento humano, em situações de necessidades especiais, no sentido da otimização de todas as dimensões da personalidade dos sujeitos, contribuindo para a sua autonomia e integração, na vertente pessoal, social, cultural ou multicultural, através do conhecimento das zonas mais disponíveis; através de um projeto global de construção.

Para autores como Claparède, Piaget, Vygotsky, Bruner, Le Camus, Tavares, Sousa, Cró, Bomboir, entre outros, o desenvolvimento deve ser encarado, sem negligenciar nenhum dos aspetos do desenvolvimento psicológico humano (cognitivo, linguístico, afetivo, físico, psicomotor, intelectual), que devem ser entendidos de forma integrada, de maneira individualizada para cada ser humano, num processo dinâmico, contínuo, global, pessoal e gradativo, já que as atividades psicomotoras são um meio ou ocasião para o desenvolvimento da personalidade integral dos sujeitos.

Nesta tese, através da atividade psicomotora, procuraremos ativar o desenvolvimento intelectual ou cognitivo, o desenvolvimento da linguagem e sua consequente influência na elaboração do pensamento e também o desenvolvimento afetivo, além de ampliar a visão de mundo e interpessoal das crianças, para que possam saber lidar com as adversidades da vida.

Para Lussac (2008), Cró (2006), Oliveira (1998), Le Boulch (1983, 1987) e Lapierre (1986) a educação psicomotora deve ser a base indispensável à toda criança, uma vez que condiciona todas as aprendizagens pré-escolares e escolares, favorece a consciência do corpo, sua lateralidade, seu lugar no espaço, a interiorização da noção o domínio do tempo e habilidade para coordenar os movimentos. Ao ser implementada desde o início da infância, permite a prevenção de transtornos de aprendizagem.

De acordo com Alves (2008), os primeiros anos de vida são de extrema importância para a criança, uma vez que o desenvolvimento da inteligência, da afetividade e das relações sociais acontecem a um ritmo acelerado e ao mesmo tempo

determinantes para o seu futuro. Quaisquer perturbações, não detetadas e não tratadas de maneira adequada poderão diminuir consideravelmente as suas capacidades futuras.

A evolução da atividade psicomotora deu-se através de uma fase inicial, de prática corretiva unilateral, com movimentos isolados, para uma ação preventiva, mais abrangente, que visa a totalidade do sujeito. Numa fase inicial, preconizava-se a reeducação de crianças com deficiências motoras, para compensar os défices do seu desenvolvimento. Os exercícios eram feitos de maneira repetitiva, para a correção mecânica dos sujeitos, sem espaços para a criatividade individual.

Atualmente, a educação psicomotora é de carácter preventivo e beneficia a população estudantil, de maneira geral, com ou sem as necessidades educativas especiais, através da ação, com o objetivo de harmonizar corpo e mente para uma melhor integração social do sujeito, de acordo com o estabelecido pela Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP, 2005).

Há aspetos motores e psíquicos que devem ser observados nas atividades psicomotoras de um indivíduo. O termo psicomotor foi associado às regiões do córtex cerebral, ou ainda a uma articulação constatada, mas não explicada, entre processos psíquicos e processos motores, pensamentos e movimentos.

Ferrari (2009) cita Le Camus e destaca três etapas do desenvolvimento psicomotor: corpo hábil, corpo consciente e corpo significativo (recetor de informações do corpo e do meio, onde a imagem do corpo se torna dinâmica e integra as experiências perceptivas, motoras e afetivas, sendo o próprio corpo emissor e recetor de informações).

Já o corpo significativo emite as informações recebidas, através de sinais que precedem, acompanham o indivíduo ou substituem as suas palavras e onde esse mesmo indivíduo é inserido na sua espécie e numa determinada cultura.

O sujeito, através do seu corpo situa-se no mundo, face às suas experiências perceptivas, motoras e afetivas. Recebe e emite informações e ao comunicar torna-se passível da leitura de sinais que emite e que é portador, em todas as fases do seu ciclo de vida.

Para que isso ocorra, de acordo com Cró (2006), o educador – observador – agente da intervenção, deve estimular o diálogo – corporal “criança – mundo”, ou seja, como a criança se relaciona com ela própria, com os objetos, com os outros, em que de maneira autónoma e individual vai estabelecer interações e inter-relações constantes entre

o seu eu, o mundo dos outros e a realidade das coisas, de acordo com o proposto por Vayer em seu “Le Dialogue Corporel”.

1.3.1. Desenvolvimento Psicomotor e a construção do sujeito desde os primeiros anos de vida, à adolescência

Hensius (2008) complementa ainda que o desenvolvimento do ser humano é o resultado de múltiplas influências: da espécie, da cultura, do momento histórico, do grupo social e das características individuais de cada um. Na área da psicomotricidade, devemos levar ainda em consideração as implicações psicológicas das ações e movimentos do corpo, na interação com o meio no qual o indivíduo se desenvolve. Para além da maturação cerebral, os vínculos que a criança desenvolve com outras pessoas e objetos, através das suas ações, permitem o desenvolvimento e a construção da individualidade.

Para que possa construir-se e dar-se o desenvolvimento psicomotor, isto é, o controlo de próprio corpo com a possibilidade de executar ações voluntárias e de se poder expressar por meio delas, entram em ação duas componentes: uma externa, a ação; e outra interna, a representação do corpo e das suas possibilidades. Caso isso não ocorra, não haverá desenvolvimento.

Desde a concepção, o indivíduo é único e constituir-se-á através da troca de olhares, toques e carícias, primeiro com os pais e a família e, com outras figuras significativas (educadores, professores, amigos, *baby-sitters*), o que alargará o seu círculo social.

Ao nascer, o bebé não se distingue dos outros, não tem consciência que é um ser único e diferente.

O primeiro ano de vida

No seu primeiro ano de vida, o desenvolvimento psicomotor é muito rápido. Além dos reflexos e potencialidades, e seguindo as leis do controlo corporal (céfalo-caudal e próximo distal), no final desse período a criança anda, fala e exercita-se. Durante este período a criança desenvolve, quer ao nível da motricidade grossa, quer ao nível da motricidade fina. É assim que, ao nível da motricidade fina ela começa a desenvolver o movimento da mão até o movimento de pinça fina, que a humanidade levou milhões de

anos a desenvolver e alcançar. Ainda no final do primeiro ano, a criança aprende a soltar os objetos, voluntariamente. O crescimento físico segue uma sequência e uma maturação, mas para que haja o desenvolvimento motor é importante a interação com o meio e a estimulação que este propicia. Através da marcha e da preensão, a criança lança-se no conhecimento do mundo sob a mediação das relações interpessoais. No campo afetivo, diferencia a figura materna, a mais significativa, que servirá de modelo para as futuras relações, passando da dependência completa da figura materna, até a autonomia e independência.

Wallon dedicou atenção especial ao estudo do tônus muscular e a sua relação com a esfera emocional, estabelecendo o diálogo tônico emocional, onde sorrisos, sinais de contentamento, choro, são significativas expressões gestuais afetivas (Mello, 2002) e foi o primeiro autor a enfatizar não só o papel do corpo da criança, mas também evidenciou como as emoções podem ser importantes dentro da sala de aula. Fundamentou suas ideias em quatro elementos básicos, que interagem continuamente: a afetividade, o movimento, a inteligência e a formação do eu, como pessoa. A construção do eu na teoria de Wallon depende essencialmente do outro (Mello, 1989).

Para Hensius (2008), os primeiros meses de vida do bebê (primeiro semestre, aproximadamente), representam aquilo que ele denomina de estágio **impulsivo**. A reação que o bebê tem diante do mundo é global e o corpo age como um todo. Com a intervenção dos adultos e educadores, a criança passa ao estágio **emocional** (dos 3 anos 9 meses, aproximadamente). Muitas vezes estes dois estágios são considerados um só e são conhecidos como impulsivo emocional, assim pode observar-se a continuidade entre o fisiológico e o psicológico, o orgânico e o social. Em 1980 ele enfatiza ainda, que a emoção está ligada às respostas primárias do organismo, aos estímulos do meio e que estas têm uma força diferente das dos afetos.

O segundo estágio da teoria walloniana é o **sensorio- motor** ou **projetivo** (de um a três anos, aproximadamente). Neste estágio a criança começa a explorar o ambiente em que vive e que a cerca, manipula objetos, realiza experiências com eles, e a as reações que essas experiências provocam no meio, modificam o seu próprio comportamento. Em relação ao pensamento, Wallon considera que num primeiro momento este se expressa pelo movimento e pela fala, simultaneamente (pensamento ideomotor). Aos poucos, o

pensamento será promovido pela fala e a motricidade será reduzida à dos movimentos vocais.

O desenvolvimento do pensamento irá favorecer a diferenciação do sujeito e do objeto, ao mesmo tempo que haverá a diferenciação entre o “eu” e o “outro”. As crianças, ao serem estimuladas a desempenharem atividades físicas, tornar-se-ão mais autônomas, dominando o próprio corpo e o conhecimento do mundo. Nesse período são de grande importância as brincadeiras, que permitiam a exploração dos objetos, além da interação com os outros e também com o espelho. Nos quadros, a seguir apresentados, evidenciamos as etapas do Desenvolvimento Psicomotor, bem como a síntese do desenvolvimento humano preconizado por Wallon:

Quadro 1- Etapas do desenvolvimento psicomotor de acordo com Wallon

<i>Idade</i>	<i>Estágios</i>
Anterior ao nascimento	Motilidade Pré-Natal
Do nascimento ao 1º mês	Impulsividade
Do 2º mês ao 1º ano	Emocional
1ª ano à metade do 2ª ano	Sensório Motor
Até o 3º ano	Projetivo

Quadro 2 – O Desenvolvimento humano segundo Wallon

<i>Idade</i>	<i>Período</i>
Até os 2 anos	Sensório Motor – Inteligência Prática
Dos 2 aos 5 anos	Período Sincrético
Dos 5 aos 9 anos	Período do Pensamento Categorical
9-10 anos em diante	Período Conceitual

Hensius (2008) refere a perspectiva de Winnicott (1975) acerca do desenvolvimento emocional individual, o rosto da mãe é o precursor do espelho. Ao nascer, o bebê não reconhece a figura da mãe como o outro, mas forma com ela um todo e quando a olha vê-se a si próprio. Só no decorrer do primeiro ano de vida é que o bebê

faz a progressiva separação entre o *eu* e o *não-eu*, e o ideal seria um contexto familiar aconchegante, promovido por uma mãe “suficientemente boa”. Descreve ainda o conceito de *holding*, isto é, a função de apoio que a figura materna proporciona na rotina de cuidados diurna e noturna e ao segurar o bebê nos braços proporcionar-lhe um ambiente estável e de confiança. O recém – nascido é completamente dependente e passa por muitas angústias e a função da mãe é colocar-se no lugar do filho, interpretar as suas necessidades e acalmá-lo.

Num segundo momento, o bebê terá de sair da fase de onipotência e descobrir a alteralidade da mãe e do mundo, e passará a ter uma dependência relativa da mãe, que através de *handling*, isto é, a apresentação e manipulação de objetos pela mãe e descobrirá e integrar-se-á num corpo que agora é seu.

O bebê entra na fase dos *objetos e fenómenos transicionais*, uma área intermediária de experiências entre o subjetivo e o objetivamente percebido. A aparição desse objeto transicional que é fundamental marcará o início da simbolização. O espaço entre a mãe o bebê ampliar-se-á nas atividades culturais, na arte, na religião, em todo o trabalho criativo. O brincar e os produtos culturais exercem funções de vincular o passado, o presente e o futuro e ocupam espaço, tempo, além de consumir energia, mas não têm exigências nem obrigatoriedade.

O desenvolvimento psicosexual apresentado por Freud trata que o primeiro ano de vida do bebê corresponde à **fase oral**, na perspectiva de Cró (2006), a manifestação mais precoce é a sucção, que tende a exercer-se por ela própria, na ausência do estimulante específico sobre outros objetos ou partes do corpo, sendo essas zonas geradoras de prazer. O quadro que a seguir apresentamos sintetiza os estádios de desenvolvimento afetivo - sexual segundo Freud.

Quadro 3 – Estádios do desenvolvimento segundo Freud

<i>Estádios</i>	Características do desenvolvimento
Estádio oral (até 1 ano)	A zona erógena é a boca (prazer em mamar, pôr objetos na boca...); com o desmame surge o conflito entre o que deseja e a realidade. O <i>Id</i> (pulsões inatas) existe desde o nascimento. Começa a formar-se o <i>Ego</i> pela consciência das sensações corporais.
Estádio anal	A zona erógena é a região anal (prazer em controlar a retenção e

<p>(1-3 anos)</p> <p>Estádio Fálico</p> <p>(3-5 anos)</p> <p>Estádio de Latência</p> <p>(6-11 anos)</p>	<p>expulsão das fezes); sentimentos ambivalentes – conflito – o controle fecal induz dor e não só prazer e há um desejo de ceder e, em simultâneo, de se opor às pressões sociais para a higiene.</p> <p>A zona erógena é a região genital; a sexualidade deixa de ser exclusivamente autoerótica e dirige-se aos pais, concretizada no Complexo de Édipo (atração pelo progenitor do sexo oposto e agressividade perante o progenitor do mesmo sexo, visto como rival). Este conflito é ultrapassado quando a criança se identifica com o progenitor do mesmo sexo. As proibições e normas impostas no Complexo de Édipo são interiorizadas, dando origem à formação do <i>Superego</i>.</p> <p>Há uma diminuição da expressão da sexualidade, mas a problemática do Complexo de Édipo permanece oculta, sem se manifestar. É neste estágio que ocorre a amnésia infantil: a criança reprime no inconsciente as experiências que a perturbaram no estágio fálico. É uma forma de defesa. A criança concentra a sua energia nas aprendizagens escolares e sociais.</p>
<p>Estádio Genital</p> <p>(a partir da adolescência)</p>	<p>A sexualidade passa a ser dirigida aos outros e à consumação do ato sexual. A problemática do Complexo de Édipo, latente na fase anterior, é reavivada e vai ser definitivamente resolvida pelo luto das imagens idealizadas dos pais.</p> <p>Mecanismos de defesa: Ascetismo (negação do prazer, controlo das pulsões sexuais através de disciplina e isolamento) e Racionalização (o jovem procurar esconder os aspetos emocionais do processo adolescente, interessando-se por atividades do pensamento onde coloca toda a sua energia).</p>

Hensius (2008) relata que Erikson, ao propor a teoria do desenvolvimento psicossocial, sem negar a teoria freudiana sobre o desenvolvimento psicosexual alarga os horizontes num contexto sociocultural, onde o ser humano vive em grupo e sofre a pressão e a influência deste e no qual, cada período de vida, tem uma tarefa ou crise a ser

resolvida. A crise que o bebé deve superar é referida como de **confiança versus desconfiança**. De acordo com o cumprimento da função materna, a criança poderá sair dessa fase com uma força básica, esperança na vida, no futuro, nos outros ou então uma má resolução desta etapa levará ao retraimento. No quadro que a seguir apresentamos, evidenciamos os estádios psicossociais de Erikson.

Quadro 4 – Estádios Psicossociais segundo Erikson

<i>Estádios</i>	Características do desenvolvimento
Confiança vs. Desconfiança (até aos 18 meses)	Este estágio é marcado pela relação que o bebé estabelece com a mãe: se é compensadora a criança sente-se segura manifestando uma atitude de confiança face ao mundo, se não é satisfatória, desenvolve sentimentos que conduzem ao medo/desconfiança em relação aos outros.
Autonomia vs. Dúvida e Vergonha (18 meses-3 anos)	Se é encorajada a criança explora o mundo autonomamente; se é muito controlada pelos outros, sente dúvida (precisa da sua aprovação) e vergonha.
Iniciativa vs. Culpa (3-6 anos)	A criança obtém prazer da realização de atividades por iniciativa própria; se é muito punida, sente-se culpada por agir de acordo com os seus desejos.
Indústria vs. Inferioridade (6-12 anos)	Na escola, a criança desenvolve aprendizagens (escolares, sociais...), que podem fazê-la sentir que é competente ou que é menos capaz do que os colegas.
Identidade vs. Difusão/Confusão (12-18/20 anos)	O adolescente procura saber quem é (construção da identidade) e em que quer tornar-se. Pode também ficar confuso face a tantas possibilidades, sem saber o que quer, como agir, que tipo de pessoa é (confusão de identidade e de papéis).
Intimidade vs. Isolamento (18/20-30 e tal anos)	O jovem adulto pode estabelecer relações de proximidade e partilha com pessoas íntimas, ou pode distanciar-se e fechar-se.

Generatividade vs. Estagnação (30 e tal – 60 e tal anos)	O conflito centra-se na expansão das potencialidades de adulto e na sua transmissão aos outros; pode tornar-se inativo, por exemplo, se acha que não consegue ou que não tem nada de interessante para transmitir.
Integridade vs. Desespero (> de 65 anos)	As pessoas fazem um balanço da sua vida: positivo ou negativo (consideram que a desperdiçaram e veem com desespero que o fim está próximo).

Outro aspeto importante no primeiro ano de vida do bebé é a relação de apego, que muitos teóricos estudam e investigam o vínculo afetivo que a criança estabelece com uma ou mais pessoas do sistema familiar, vínculo este que continuará mais tarde nos contactos de amizade, ambos fundamentais para o desenvolvimento da personalidade.

De acordo com Boyd (2011) os períodos ou fases do apego do bebé em relação aos pais são quatro: do nascimento aos 3 meses de idade (Orientação e sinalização sem foco); dos 3 aos seis meses de idade (Foco em uma ou em várias figuras); dos 6 aos 24 meses (Comportamento de base segura) e a partir dos 24 meses (modelo interno).

Na primeira fase os bebés apresentam comportamentos como chorar, sorrir e estabelecer contacto visual, que chamam a atenção dos outros e sinalizam as suas necessidades a todas as pessoas, com as quais mantêm contacto.

Na segunda fase, os sinais são emitidos pelos bebés a menos pessoas, geralmente àquelas com as quais passam mais tempo e são menos responsivos com desconhecidos.

Na terceira fase ocorre a emergência do verdadeiro apego e costumam seguir e se agarrar aos adultos que consideram como bases seguras, em momentos em que se encontram ansiosos, feridos, ou com fome, por exemplo. A maioria dirige esses comportamentos a um adulto principal ou a um secundário, quando o primeiro não pode responder ou está ausente.

A quarta fase do apego permite às crianças com mais de 2 anos imaginarem, como uma ação prevista, poderá afetar os laços que mantêm com os adultos, e posteriormente com os outros (irmãos, cuidadores) e em outros relacionamentos importantes ao longo da vida.

Devemos salientar que, a partir da terceira fase do apego, as crianças começam a ter alguns comportamentos, tais como a ansiedade perante estranhos, a ansiedade da separação e o referencial social. Este último vai ajudar os bebés a aprenderem a regular as suas próprias emoções, uma vez que as expressões faciais dos outros servem de orientação para suas próprias emoções.

Essas experiências de apego da primeira infância são importantes, porque permitem a formação de um modelo interno de relações afetivas, onde os vínculos com as figuras significativas, que poderão ser eventualmente modificados, servirão de base para as futuras relações. As características próprias de cada bebé, a sensibilidade materna, os adultos com suas características próprias, os diferentes tipos de interação determinam as diversas formas de apego, influenciadas pelos contextos sociais e culturais.

Praticamente todos os bebés parecem passar por essas quatro fases de apego, mas ainda de acordo com Boyd (2011) a qualidade dos apegos que eles formam pode diferir de um bebé para o outro, ao citar o sistema de Ainsworth: apego seguro, apego inseguro/evitante e apego inseguro/ambivalente e ainda o apego inseguro/desorganizado (Main e Solomon, 1990).

Foi constatado ainda que a qualidade do apego de uma criança pode ser consistente ou mutável, de acordo com o ambiente familiar ou a situação de vida ao longo do tempo e é a qualidade de cada relacionamento que determina a segurança do apego de uma criança a um adulto específico.

As consequências a longo prazo da qualidade do apego indicam que as crianças classificadas como seguramente apegadas à mãe na primeira infância são mais sociáveis, mais positivas, menos apegadas e dependentes dos professores, menos agressivas e destrutivas, mais empáticas e emocionalmente mais maduras em suas interações na escola e em outros ambientes fora de casa. Os adolescentes classificados como seguramente apegados na primeira infância ou considerados seguros são socialmente mais hábeis, com maiores probabilidades de serem vistos como líderes têm melhor autoestima e obtêm melhores notas.

Aqueles que tiveram apegos inseguros e evitantes, costumam ter amizades menos positivas e podem apresentar com mais frequência problemas relacionados às drogas, aos vícios, à gravidez precoce.

Além disso, a qualidade do apego na primeira infância pode prever a sociabilidade durante a fase adulta inicial, a meia-idade e a velhice, além do próprio comportamento de maternidade e de paternidade, sendo essa relação tão íntima entre a função da mãe (biológica ou não) e o bebê, como sendo fundamental para o desenvolvimento da personalidade integral da criança e o alicerce para as futuras relações sociais, além de desenvolver um modelo interno de si mesmo (autoconceito) (Cró, 2012, 2011).

Piaget evidencia a importância dos laços afetivos que a figura materna desenvolve e que os primeiros esquemas de visão, audição, olfato e tato, base da estrutura cognitiva serão construídos nessa relação mãe-bebê.

Ainda de acordo com Piaget, o desenvolvimento dá-se na interação do indivíduo com o meio, num processo interativo e crescente (adaptação), no qual ambos, sujeito e objeto, se transformam. Através da assimilação o sujeito incorpora novos objetos nas estruturas existentes com a acomodação, o sujeito modifica-se perante o novo objeto. O sujeito constrói-se ativamente através desses processos. A esse processo Piaget denominou *equilíbrio majorante*, que ocorre quando a atividade interna de passagem de uma estrutura de conhecimentos mais simples passa para uma outra mais complexa.

Para Piaget, o primeiro ano de vida corresponde ao estágio **sensório – motor** e é tão significativo que foi dividido em seis subestádios, com rápidos avanços na construção do sujeitos, em que o bebê constrói as noções de objeto, espaço, tempo e causalidade, reconhece os outros sujeitos, além de se diferenciar dos outros como um ser único. No quadro a seguir, destacamos os estágios de desenvolvimento de acordo com Piaget.

Quadro 5 – Estádios do desenvolvimento segundo Piaget

Estádios	Características do desenvolvimento segundo Piaget
Estádio sensório-motor (dos 0 aos 18/24 meses)	<p>Inteligência prática que se aplica à resolução de problemas concretos e que põe em jogo as percepções e o movimento – daí a designação de sensório-motor.</p> <p>Dos reflexos inatos à construção da imagem mental, anterior à linguagem;</p> <p>Coordenação de meios e fins;</p> <p>Permanência do Objeto (8-12 meses);</p> <p>Invenção de novos meios para resolver problemas, imagem mental e formação de símbolos (18-24 meses).</p>

<p>Estádio pré-operatório (dos 2 aos 7 anos)</p>	<p>Subestádio do pensamento pré-conceptual (2-4 anos)</p> <p>Função simbólica – a criança passa a poder representar objetos ou ações por símbolos. Pode representar mentalmente objetos ou ações não presentes no campo perceptivo – imagem mental. Na linguagem as palavras representam pessoas, situações, etc. No jogo simbólico, faz-de-conta, a criança representa um conjunto de ações e os objetos são o que lhe apetecer.</p> <p>Egocentrismo – a criança pensa que o mundo foi criado só para si e não compreende outras perspectivas;</p> <p>Pensamento mágico:</p> <p>Animismo – atribuição de emoções e pensamentos a objetos inanimados;</p> <p>Realismo – a realidade é construído pela criança sem objetividade (se sonhou que o lobo está no corredor, pode ter medo de sair do quarto);</p> <p>Finalismo – Dado o egocentrismo da criança as coisas têm como finalidade a própria criança (o monte é um declive para ela poder correr);</p> <p>Artificialismo – explicação de fenómenos naturais como se fossem produzidos pelos seres humanos (o Sol foi aceso por um fósforo gigante).</p> <p>Subestádio do pensamento intuitivo (4-7 anos)</p> <p>Baseado na percepção dos dados sensoriais. A criança responde à questão que lhe é colocada com base na aparência.</p>
<p>Estádio das operações concretas (dos 7 aos 11/12 anos)</p>	<p>Reversibilidade mental;</p> <p>Pensamento lógico, ação sobre o real;</p> <p>Operações mentais: contar, medir;</p> <p>Conservação da matéria sólida, líquida, peso, volume;</p> <p>Conceitos de tempo, espaço e velocidade.</p>
<p>Estádio das operações</p>	<p>Pensamento abstrato;</p> <p>Operações formais, ação sobre o possível (já opera sem o suporte</p>

formais (dos 11/12 aos 15/16 anos)	concreto); Raciocínios hipotético-dedutivos; Definição de conceitos e de valores; Egocentrismo cognitivo, que leva o adolescente a considerar que através do seu pensamento pode resolver todos os problemas e que as suas ideias são as melhores.
--	---

Durante o primeiro mês de vida aparece o primeiro subestádio onde predominam as adaptações inatas, os reflexos e as ações automáticas perante certos estímulos. Alguns desses reflexos serão a base para a construção dos primeiros *esquemas*, conceito usado para identificar as estruturas prévias, que permitem o conhecimento do objeto. Os primeiros esquemas são motores, pois a criança age no espaço próximo e depois no espaço global para o conhecer, diferenciar seus elementos e integrá-los de maneira coerente.

Do primeiro ao quarto mês, aproximadamente, ocorre o segundo subestádio conhecido como o das reações circulares primárias, com as primeiras adaptações adquiridas. Nas reações circulares primárias, a criança descoberta por acaso, uma ação relacionada com o meio, e tenta repetir a ação até que ela se transforme em hábito. São consideradas primárias, por serem exercidas no próprio corpo (como por exemplo, segurar uma parte dele).

Devido ao rápido desenvolvimento psicomotor dessa faixa etária, que permite um melhor controlo do corpo e a coordenação de movimentos, surgem as reações circulares secundárias do terceiro estágio, que ocorrem aproximadamente do quarto ao oitavo mês, e que aparecem na relação com os objetos. Por exemplo, uma vez que a preensão voluntária já existe, o bebé consegue agarrar nos objetos e passa a assimilá-los, através de diferentes esquemas (aperta, abana, puxa, etc.)

A partir dos oito aos doze meses, aproximadamente, durante o quarto subestádio, ocorre o início da intencionalidade, quando as crianças começam a coordenar esquemas, para realizarem uma certa atividade, como por exemplo, puxar uma manta para conseguir pegar um objeto que se encontra em cima dela. Com a intencionalidade surgem os comportamentos inteligentes. Para Piaget a inteligência é anterior ao pensamento e à fala,

é a prática relacionada com a resolução de problemas no presente, sendo a criança incapaz de apreender simultaneamente factos separados.

Dos doze aos 18 meses aproximadamente, ocorre o quinto subestádio, o das reações circulares terciárias, Neste estágio, a criança experimenta de forma ativa novas coordenações, observa diferenças, analisa factos e tira conclusões. Joga objetos de diferentes alturas, para ver como caem, os barulhos diferentes que fazem, os efeitos que produzem.

As ações mais coordenadas e o início da capacidade de representar aparecem no sexto subestádio, que vai dos 18 aos 24 meses, aproximadamente, com o surgimento da função simbólica ou semiótica, que faz com que os esquemas motores (próprios da inteligência sensório – motora) possam transformar-se em esquemas de representação. De acordo com Piaget, a função simbólica inclui a imagem mental (pensamento), a imitação diferida (sem que o modelo esteja presente) e o jogo simbólico (jogo do faz de conta) e o desenho, que é a representação dos símbolos. Esta é uma função fundamental e necessária para o desenvolvimento posterior da linguagem.

Há ainda outros aspetos cognitivos que apresentam características próprias no primeiro ano de vida e que são a atenção e a memória. Por exemplo, os bebés nascem com a predisposição de prestar atenção a certos estímulos, de maneira diferenciada. Trata-se de uma *atenção ativa*, que é a atração por estímulos que têm certos traços, sendo o rosto humano o favorito. Com o passar do tempo, esse tipo de atenção passa a ser *voluntária*, de acordo com a motivação, experiências, interações, aprendizagem de cada criança. A memória dos bebés é ainda muito frágil e de curta duração e está relacionada a situações simples e familiares.

O desenvolvimento psicomotor ao longo do primeiro ano de vida alcança seu ritmo mais acelerado. O bebé passa de movimentos incontrolados aos voluntários e coordenados. Ressaltamos ainda que as idades apresentadas anteriormente são sempre aproximadas, uma vez que os bebés apresentam diferenças notórias, de acordo com os meios onde vivem e interagem.

A etapa pré- escolar

A partir do segundo ano de vida surge outro componente interno (ou simbólico): a capacidade de representação do corpo e as suas possibilidades de ação. De acordo com

Hensius (2008), o jogo simbólico, a imitação diferida, a imagem mental, a linguagem e todas as formas de simbolização (desenho, dramatização, modelagem, etc.) estão presentes a partir de agora. Para Vygotsky (1996), a linguagem é a faculdade organizadora do pensamento e do comportamento. Através do desenvolvimento da linguagem a criança ganha mais autonomia e controle, além de se aperfeiçoarem as coordenações dinâmicas gerais (coordenação psicomotora grossa), como por exemplo o correr, pular, atirar um objeto, etc., e as coordenações dinâmicas manuais, óculo manuais ou visuo-digitais.

Ao deixar de designar-se na terceira pessoa e ao utilizar pronomes na primeira pessoa, a autoafirmação o egocentrismo são demonstrações claras do novo ser que desabrocha no mundo e toma consciência de si e da sua personalidade. Para Wallon é o estágio do personalismo que ocorre dos três aos seis anos, aproximadamente, quando a criança começa a reconhecer – se independente, e constrói a consciência do Eu.

Nesta fase, as crianças são recetivas às influências do meio, tentam agradar e seduzir, imitam pais, professores, num processo afetivo de conquistar a sua autonomia, em que a necessidade de afeto e aprovação é constante. O aparecimento dos conflitos será uma experiência fundamental para a superação desse período.

A etapa pré-escolar corresponde a duas fases do desenvolvimento psicosssexual: as fases anal e fálica de Freud e neo-freudianos. Na primeira, segundo Cró (2006), a atividade da zona anal torna-a própria para apoiar a sensibilidade, além de poder ser utilizada de forma sádica, para expressar agressões corporais e hostilidades. A segunda fase, fálica, traz a exploração do mundo e a identificação progressiva da imagem de si, além da diferenciação dos sexos. Aparece o complexo da castração, o complexo de Édipo em que a criança direciona seus sentimentos aos progenitores, com a preferência pelo pai do sexo oposto e a rivalidade do pai do mesmo sexo. A identificação com as figuras parentais é forma de liquidar o complexo de Édipo e de Eletra e vai permitir a interiorização das normas, valores e papéis sociais.

Para Erikson, esta fase apresenta também dois períodos: o da **autonomia versus vergonha ou dúvida** (similar à fase anal de Piaget), que destaca todo o conflito da criança, que ao desenvolver a marcha e a linguagem descobre um mundo novo, repleto de oportunidades para exercitar as suas habilidades, aprender novas ações e controlar o seu corpo, sendo estimulada e encorajada a expressar a sua subjetividade na presença de um

outro. A **iniciativa versus culpa** (correspondente à fase fálica de Freud, onde novos afetos aparecem, ou são melhor reconhecidos através da linguagem. Ao lidar com esses sentimentos conflituosos, a criança aprenderá a ter outras formas de controle.

A atividade lúdica dessa fase caracteriza-se pelo simbolismo, pelo desenho, pintura, dramatização, modelagem, etc. Intensifica-se o aspeto coletivo do jogo, principalmente o jogo paralelo, no qual as crianças brincam juntas, mas não interagem. Para Piaget esse é o período **pré – operatório**, que tem o egocentrismo ou centrismo como característica principal, o que orienta a todos os comportamentos da criança nesse período. É difícil para ela aceitar pontos de vista diferentes dos seus, colocar-se no lugar do outro e respeitar regras. O pensamento tem como base preconceitos, e a palavra não forma parte do objeto. O raciocínio parte do particular para o particular, do tipo transdutivo, e a criança chega muitas vezes a conclusões pouco lógicas, ou não esteja ela na fase pré-operatória.

Neste estágio ainda não existe a conservação, as crianças baseiam-se em configurações estáticas e resolvem os problemas de transformação apenas pelo resultado final e não o processo em si. Também não possuem reversibilidade, isto é, pensar uma ação e a sua inversa, pois prevalece a intuição, que é a forma mais elaborada de pensamento deste período.

Com a frequência e o passar dos anos escolares, a atenção fica mais adaptada, e a criança já tem a capacidade de planejar e controlar de uma forma cada vez mais voluntária e flexível. Sendo um processo psicológico superior, a atenção voluntária, segundo Vygotsky, tem uma origem social e poderá ser potencializada com a mediação e intervenção dos adultos e de outras crianças.

Outro processo psicológico superior desta fase é a memória, sendo que as interações com os adultos são fundamentais. Ao comunicar suas experiências passadas é exigido da criança a organização dos acontecimentos em torno de um Eu construído ao longo de três anos.

As atividades de pintura, modelagem, dramatização, desenho, música e dança, entre outras, permitem expressar sentimentos e emoções ao mesmo tempo que a linguagem se desenvolve. Uma das primeiras formas de expressão gráfica da criança é a figura humana. Através desta expressão poderemos acompanhar o desenvolvimento afetivo, cognitivo, psicomotor e da linguagem da criança, pois ao

observarmos o controlo dos traços, a riqueza de detalhes, a previsão dos movimentos e vislumbrar a estruturação do Eu, do seu próprio corpo e a construção paulatina do esquema corporal. Desta forma, a criança coloca a sua marca no mundo e a sua singularidade.

Ao conhecer as partes do seu corpo, nomeia-as, reconhece direita e esquerda, orienta-se no espaço e tempo, controla cada vez mais os seus movimentos e consegue expressar a sua subjetividade por intermédio da corporeidade. Segundo Hensius (2008), o corpo forma parte da maioria das aprendizagens, sendo ao mesmo tempo um instrumento de apropriação do conhecimento e é na fase da educação pré escolar que esse mesmo corpo se organiza, se controla, se expressa, comunica e se lança no conhecimento do mundo.

Independência e coordenação são conquistas da criança em idade pré-escolar e ela consegue, com o passar dos tempos eliminar movimentos desnecessários e realizar movimentos mais complexos, ao mesmo tempo que automatiza a sequência de movimentos.

É nesta idade que a criança vai aos poucos e progressivamente estruturar as noções de tempo e espaço, tanto na ação, quanto na representação destes. Aumenta o controlo voluntário da tonicidade muscular, relacionado com a atenção e o controlo das emoções. O equilíbrio é aperfeiçoado. Nesta época também é normal que a lateralização se aperfeiçoe, isto é, que ocorra o predomínio de um hemisfério cerebral sobre o outro na atividade psicomotora.

Com o desenvolvimento das habilidades psicomotoras, é facilitada a exploração do meio e a interação com ele. A criança em idade pré – escolar estrutura uma representação coerente de si mesma através da observação de si mesma e dos outros, e toma consciência de suas possibilidades e limitações. Ao interagir, imitar, observar, acarinhar e ser acarinhado, conhecer as partes do corpo, identificar-se em fotos e gravações, brincar na frente do espelho evidencia que a experiência social cumpre uma função primordial.

O processo de construção do esquema corporal, que será discutido mais adiante, está em plena fase de elaboração, através dos elementos perceptivos, psicomotores, cognitivos e linguísticos. Todas as conquistas psicomotoras e os estímulos do ambiente

social permitem à criança conseguir passar do simples ato psicomotor à representação gráfica da realidade e da vida.

A etapa escolar

A escrita é uma das conquistas mais importantes do ser humano. Por causa de sua complexidade, requer uma aprendizagem específica. Segundo Vygotsky (2000), é um processo psicológico superior avançado, pois precisa ser aprendida num contexto didático e com a tomada de consciência das regras necessárias para o efeito. A interiorização para compreender o que a escrita representa permite o acesso a um mundo novo que oferece outras formas de expressão.

O progressivo controlo e coordenação dos movimentos permite que a criança diferencie, memorize e automatize o padrão psicomotor de cada letra. À medida que automatiza a grafia, o futuro escritor centra a sua atenção no conteúdo do texto e não se preocupa com os movimentos a realizar. A escrita resulta da união de aspetos motivacionais, cognitivos, psicomotores e sociais.

O período dos 6 aos 11 anos, aproximadamente, caracteriza-se por grandes mudanças cognitivas. As ações que o bebé interiorizava durante o período pré-operatório ganham mobilidade e lógica, tornam-se reversíveis e transformam-se em operações. As crianças executam operações mentais, que permitem uma melhor organização do mundo ao conseguirem classificar, seriar, numerar, etc. e adquirem uma maior capacidade para resolver problemas.

Com a possibilidade da descentração, marcante nessa fase, a análise dos factos pode ser feita, desde diferentes pontos de vista, há uma melhor interação com os outros, além de uma melhor compreensão das regras. Nesta fase aparece também a conservação e a invariância. Segundo Piaget, esse período é denominado **estádio operatório concreto**, porque as operações que a criança é capaz de fazer estão delimitadas pelo conteúdo, mas presas á realidade.

Para Wallon, a possibilidade de organizar a realidade em categorias e de estabelecer semelhanças e diferenças denomina-se **estádio categorial**, em que predominam o aspeto cognitivo e o interesse pelo conhecimento sistematizado das coisas e das pessoas.

O período de *Latência* é o nome dado por Freud a todos esses anos ligados à aprendizagem escolar ou às noções básicas da vida adulta.

De acordo com Erikson, essa etapa marca a crise entre **maestria versus inferioridade**, em que a criança tem de demonstrar pela primeira vez o que é capaz de fazer. Tem de produzir, agir sozinha, defender-se e controlar as suas emoções. Terá, enfim de demonstrar as suas competências através das atividades curriculares e extra – curriculares. O sucesso ou o fracasso nessas atividades ajudarão na construção do autoconceito e da autoestima.

A atenção voluntária, a memória, o pensamento e a linguagem, processos psicológicos superiores continuam a desenvolver-se com a intervenção de professores e pares.

A atividade lúdica acompanha as conquistas cognitivas e afetivas, e os rapazes e as raparigas são capazes de cooperar em brincadeiras e grupos, em que a separação dos sexos é marcante, ou se ganha, ou se perde, ou se dá a vez e se pode trocar de lugar com o outro.

Mudanças fisiológicas começam a ocorrer nos rapazes e nas raparigas, com o início da puberdade, o que, normalmente, às vezes causa estranheza e confusão nos adolescentes: crescimento físico notável, aparecimento de pêlos em diferentes partes do corpo e aumento na transpiração. Mais tarde dar-se-á o desenvolvimento completo das glândulas sexuais.

Essas transformações fisiológicas desencadeiam outras mudanças psicológicas, pois o novo corpo exige ajustes do esquema corporal, pede uma nova identidade e provoca diferentes atitudes no ambiente, tais como admiração, rejeição, aceitação, de acordo com os padrões culturais. Essas mudanças do próprio corpo e das atitudes que serão despertadas nos outros vão exigir mudanças na representação de si mesmo. Podem surgir sentimentos de incerteza, solidão, inquietude e narcisismo ansioso. Com a puberdade surge o início da adolescência.

A adolescência

Verificamos que a puberdade é um fenómeno fisiológico universal, a adolescência tem um carácter psicossocial e será vivenciada de acordo com o contexto intelectual em que o indivíduo está inserido. O jovem passa por períodos de reestruturação e

experimentação. Erikson utiliza o termo *moratória psicossocial* para descrever um período de espera e de questionamentos sobre a própria individualidade. A principal crise dessa fase é a construção de uma nova identidade, tendo em vista a fase adulta, tanto do ponto de vista sexual, profissional e ideológico e denomina esse período, como o de **identidade versus confusão de papéis** (Hensius, 2008).

A memória, o raciocínio abstrato, a atenção e a capacidade de respostas sofrem alterações, sendo que a capacidade de se desprender do real e operar com o possível acontece. O pensamento pode ser liberado, ajudado pela linguagem e o raciocínio adquire um carácter proposicional, pois nesta fase o jovem opera com enunciados e proposições.

Um adolescente é capaz de formular hipóteses e demonstrá-las através de um raciocínio hipotético – dedutivo. Para Piaget esse é o período das **operações formais**, em que o que mais importa é a forma que o conteúdo. Essa nova estrutura cognitiva assegura uma melhor adaptação e será desenvolvida de acordo com a influência do meio.

Estas recentes conquistas cognitivas afetam o pensamento, a personalidade e o comportamento. Ao desprender-se da realidade, o jovem é levado a pensar em idealismos, fantasias, pensa no futuro e estabelece valores a longo prazo. Surge um novo egocentrismo, reforçado pela crença de que tudo para ele é possível. A sua criatividade-se exponencialmente e o seu autoconceito ganha outras definições.

Wallon descreve esta fase como estágio da **puberdade e adolescência**; o jovem, numa primeira de carácter afetivo relacional deverá rever os aspetos da sua personalidade. Uma nova atitude de oposição pode ocorrer dirigida aos pais e à sociedade. Do ponto de vista da ordem intelectual o jovem questiona-se sobre o seu lugar no mundo, o sentido da vida e forja uma nova identidade para enfrentar o futuro.

Segundo Freud, a adolescência corresponde à fase genital, com o corpo em toda a sua maturidade. Como o termo adolescência só surgiu na segunda metade do século XX, Freud refere-se à puberdade, considerada a quarta fase do desenvolvimento psicosssexual. A obra freudiana destaca o intenso trabalho psíquico que o sujeito deve enfrentar, tendo de lidar com o excesso de libido da puberdade e com as normas sociais que impõem limites. Freud ressalta ainda o valor das mudanças do corpo na puberdade, que exigem do jovem uma importante reorganização psíquica, em que a identidade e o papel social do corpo da infância se perdem, esquecem, sendo urgente a reconstrução da identidade em torno de um corpo que apresenta novas exigências e funções.

Hensius (2008), Monteiro (2007) e Aberastury e Knobel (1997) consideram que na adolescência, o fim da infância e suas perdas impõem um processo de luto pelo corpo da infância perdido, pelo papel e pela identidade dessa fase e pelos pais da infância, que apesar de darem refúgio e proteção passam a exigir novos comportamentos e apresentam outras atitudes. Há ainda um quarto luto, em que o jovem terá de assumir uma definitiva identidade sexual. Esse processo de elaboração das perdas pode gerar em certos casos fraturas no processo de desenvolvimento, como por exemplo casos de anorexia em jovens que não conseguem aceitar essas mudanças físicas.

Na adolescência têm papel importante os relacionamentos amorosos e também surge a necessidade de preservar a vida privada, em que jovens preconizam manter sua independência. Da integração dos vínculos familiares com os extrafamiliares emergirá um novo sujeito, único, com desejos, valores e vontades próprias, com autonomia emocional e de comportamentos, que trarão marcas que refletem a interação com o seu ambiente, numa longa caminhada desde o seu nascimento.

Neste capítulo, procuraremos desenvolver e demonstrar diferentes enfoques teóricos em como o sujeito estabelece relações com os outros e desenvolve as suas potencialidades. Desenvolvimento psicomotor significa a evolução que cada indivíduo trilha na representação das suas funções psicomotoras, corporais e psíquicas no seu reconhecimento como sujeito.

A criança, ser único, que desde o seu nascimento utiliza o corpo para relacionar-se com os outros, para se conhecer e para conhecer e explorar o mundo.

Alguns teóricos do desenvolvimento estabelecem uma sucessão de estágios, mas é importante frisar que a constituição da personalidade do sujeito não consiste simplesmente na transição entre os estágios, mas sim num processo de individuação e subjetivação, onde a presença do outro é fundamental e que dentro das padronizações podem existir as variações culturais e ambientais, além das circunstâncias históricas que afetam os indivíduos de uma mesma geração.

Para finalizar apresentamos alguns quadros comparativos (Quadro 6), lembrando sempre que as idades são relativas ao ponto de desenvolvimento de cada sujeito.

Quadro 6 – Quadro comparativo entre as teorias do Desenvolvimento

Idade /anos	PIAGET	WALLON	FREUD	ERIKSON
0 - 2	Sensório-motor	Impulsivo-emocional Sensório- motor e Projetivo	Fase Oral	Confiança vs. Desconfiança
3- 5	Pré- Operatório	Projetivo - Personalista- Categorial	Fase Anal Fase Fálica	Autonomia vs. Vergonha e Dúvida Iniciativa vs. Culpa
6 - 11	Operatório Concreto	Categorial- Conceitual	Período de Latência	Maestria vs. Inferioridade
12 18	Operatório Formal	Puberdade e Adolescência	Fase Genital	Identidade vs. Confusão de papeis

Observação do desenvolvimento através de comportamentos sinais: corpo, objetos e o outro

De acordo com o que foi estabelecido anteriormente, poderíamos dizer que na escola, o papel do educador é o de ativador do desenvolvimento ao estimular e intervir no diálogo-corporal criança-mundo, que Lapierre e Aucoutier preconizam como organizar a percepção, em que a criança é posta em situações em que tenha de usar a criatividade, e através das observações, sugestões e intervenções do professor percorre o mundo das descobertas através dos gestos, dos sons, da linguagem verbal e das expressões gráficas nas diferentes ações.

Através da destreza dos gestos, a criança constrói a imagem do seu corpo, interioriza o esquema corporal e as relações que o seu corpo estabelece com o meio ao seu redor.

Cabe ao educador observar os sinais de desenvolvimento expressos por cada criança e jovem.

Para Cró (2006), os testes de desenvolvimento psicomotor medem “os comportamentos – sinais” do desenvolvimento psicomotor e descrevem e normatizam o desenvolvimento das crianças nas diferentes faixas etárias, como sendo os objetivos a serem alcançados naquela determinada idade.

A criança cresce em todos os domínios da personalidade ao interagir com o mundo exterior, sendo o seu corpo o elo de ligação da relação com o seu mundo, o mundo dos objetos e o mundo dos seres humanos. O seu corpo é o ponto de partida da comunicação: emite sinais para o mundo exterior e para os outros e recebe as informações ou mensagens que vêm do mundo exterior e dos outros (Cró, 2006).

Para que se dê o desenvolvimento global da criança é necessário que ela tenha a noção do seu próprio corpo e a noção de esquema corporal, a noção dos objetos e a noção dos outros, num ritmo de desenvolvimento, que varia de criança para criança, mas sempre numa mesma ordem de sucessão dos movimentos; saliente-se também que certos comportamentos apresentados não necessitam de aprendizagem, ou estão associados à maturação nervosa, que obedece às seguintes leis:

Lei céfalo – caudal, isto é, o desenvolvimento processa-se de cima para baixo, por isso, as partes do corpo que estão mais próximas da cabeça são controladas antes, sendo que o controle se estende posteriormente para baixo. A criança mantém a sua cabeça ereta antes do tronco. Na própria expressão gráfica infantil podemos observar no “desenho do boneco” que os primeiros pormenores aparecem na cabeça e só mais tarde no resto do corpo (Arantes, 2007; Widlöcher, 1998; Luquet, 1994).

b) *Lei próximo* – distal, implica que o desenvolvimento se processe de dentro para fora, ou seja, as partes que estão mais próximas do eixo corporal são controladas antes que as que encontram mais afastadas. A articulação do ombro é controlada antes da articulação do cotovelo. A criança usa os braços antes das mãos e estas são utilizadas globalmente, antes que ela possa controlar e coordenar o movimento digital, que culmina com o aparecimento da pinça fina.

De acordo com Alves (2008), esses comportamentos são normalmente divididos em três fases de desenvolvimento: do zero aos dois anos de idade, dos dois aos 5 anos e dos seis aos doze anos de idade.

Na fase do zero aos dois anos de idade, procura-se avaliar as atividades reflexas em resposta à estimulação sensorial e a evolução das posturas (sentada, de pé e de marcha).

Dos dois aos cinco anos observamos se o estágio global e sincrético, tendo como objetivo a representação do corpo. Os seguintes comportamentos – sinais devem ser avaliados: coordenação óculo -manual, coordenação dinâmica geral, equilíbrio, o controlo do próprio corpo, organização perceptiva e linguagem.

Dos seis aos doze anos ocorre o estágio de aperfeiçoamento e diferenciação, onde passam a ser observadas a coordenação dinâmica manual, a coordenação dinâmica geral, o equilíbrio, a organização do espaço, a rapidez da execução e a elaboração do esquema corporal.

O corpo, os objetos e os outros

Os objetos inicialmente são confundidos com o próprio corpo e numa fase seguinte são dependentes deste, para em seguida terem existência própria.

Com a apreensão, e através da manipulação e da exploração visual a criança penetra no mundo dos objetos e descobre as noções de dentro, fora, acima, abaixo, etc.

Alves (2008) e Cró (2006) destacam a importância da cor, da forma, da textura, do número, do espaço, do tempo e da causalidade, como elementos fundamentais do mundo dos objetos em que a criança se deve localizar.

As relações com os outros estão intimamente ligadas à atividade psicomotora e sensório – motora da criança e a sua necessidade de segurança e autonomia progressiva. Da indiferenciação primitiva, a criança toma o conhecimento do outro, primeiro através da mãe, depois do pai, irmãos, irmãs e das outras crianças, para numa fase posterior alargar o seu campo de relações afetivas que pode provocar simpatia e interesse, mas também decepção, frustração e ciúme. (Cró, 2006).

A relação com os outros pode ser observada também de forma clara na atitude, na expressão corporal, através da comunicação e da linguagem e principalmente na expressão verbal e gráfica.

1.4. Os eixos da psicomotricidade e os instrumentos de avaliação

Segundo Machado (2011), o desenvolvimento psicomotor abrange o desenvolvimento do corpo como um todo e também de suas partes. Este desenvolvimento pode ser dividido em nove fatores que estão divididos entre a **coordenação motora global** (também denominada coordenação motora grossa ou coordenação dinâmica global), na **coordenação motora fina** (também denominada coordenação dinâmico - manual), no **equilíbrio**, no **esquema corporal**, na **lateralidade**, na **estruturação espacial**, na **estruturação temporal**, no **ritmo** e nas **percepções**.

A **coordenação motora global** envolve a ação simultânea de diferentes grupos musculares, para a realização de movimentos voluntários amplos e relativamente complexos. Um dos exemplos é o caminhar, onde os membros superiores e os membros inferiores se alternam que possa haver deslocação. Para Alves (2007), num primeiro momento é mais fácil para a criança realizar esse tipo de movimento, pois somente numa etapa posterior é que ela começará a movimentação dos membros separadamente.

A **coordenação motora fina** associa a coordenação do movimento dos olhos durante a fixação da atenção e da manipulação de objetos, que exigem um controle visual (coordenação visuo - motora). Abrange também a programação, regulação e verificação das atividades preensivas e manipulativas finas e complexas. As crianças que apresentam transtornos ou défices nessa área (coordenação motora fina) geralmente têm também problemas visuo - motores e podem apresentar dificuldades ao desenhar, recortar, escrever, em que onstantemente são exigidas a precisão na coordenação visuo – motora e na motricidade fina, pré – requisitos das aprendizagens fundamentais. Matos (2005, 2008) relata que esta é uma segunda fase da aprendizagem psicomotora e os movimentos são realizados de maneira mais harmónica e mais fechada, onde ocorrem o refinamento e a diferenciação do movimento, através dos pequenos músculos, que realizam movimentos mais específicos, tais como cortar, escrever, segurar.

O **equilíbrio** reúne aptidões estáticas (sem movimento) e dinâmicas (com movimento), e envolve controlo postural e o desenvolvimento das aquisições de locomoção.

A **lateralidade** engloba a capacidade de vivenciar os movimentos, ao utilizar os dois lados do corpo (direito - esquerdo), ora um, ora o outro, de maneira organizada e integrada. É um tema estudado já por de Broca em 1965. Durante o crescimento a criança vai definindo naturalmente a lateralidade: será mais forte e mais ágil no seu lado dominante. Uma criança destra que tenha a mão direita ocupada é capaz de abrir uma porta com a mão esquerda. Harrow (1983) cit in Torrezan (2007) enfatiza que a lateralidade é a consciência interna que a criança tem dos lados direito e esquerdo de seu corpo, não se tratando de um conceito adquirido, mas que pode ser construído através de programas de atividades, cuja finalidade é o desenvolvimento da acuidade sensorial e habilidades motoras, já que a criança é exposta a uma grande quantidade de estímulos, que aumentam esta consciência. A dominância lateral não deve ser confundida com a **lateralização** que é a maior habilidade desenvolvida num dos lados do corpo, devido à dominância lateral.

A dominância lateral diz respeito ao lado do corpo que tem primazia em determinada atividade.

O hemisfério dominante do cérebro é oposto ao lado dominante do corpo, Cró (2006) e Negrine (1983) referem que a lateralidade diz respeito ao espaço interno, enquanto a noção de direita e esquerda se refere ao espaço externo.

No entanto o **conhecimento esquerda/direita** decorre da noção de dominância lateral, porque a criança antes de saber que tem um lado direito e outro esquerdo precisa saber que tem dois lados, e este conhecimento é mais facilmente compreendido, quanto mais acentuada e homogênia for a lateralidade.

Lembremos ainda que a lateralidade é um importante fator que a criança desenvolve durante os primeiros anos e caracteriza-se pelo uso preferencial de um dos lados do corpo, direito ou esquerdo, na realização de atividades, referentes não só a mão, como também ao olho e pé. Morais (1997) e Faria (*apud* Pacher, 2003) classificam os sujeitos da seguinte forma:

Destros: sua dominância lateral será comandada predominantemente pelo hemisfério esquerdo do cérebro, ou seja, os indivíduos destros utilizam o lado direito do corpo para o desenvolvimento das atividades.

Esquerdinos: o hemisfério direito responderá pela maior parte do seu controle psicomotor, ou seja, utilizam o lado esquerdo do corpo no desenvolvimento das atividades. Além destas duas classificações, existe o indivíduo com lateralidade contrariada, cruzada, indefinida e os ambidestros.

A *lateralidade cruzada* é caracterizada pelo facto de que não existe preferência somente de um dos lados do corpo, como por exemplo, o indivíduo tem o olho esquerdo, mão direita e pé direito dominante, e esta não ocorre por pressão seja ambiental como familiar, quando isso ocorre denominamos lateralidade contrariada.

Lateralidade indefinida é quando a criança ainda não desenvolveu uma preferência lateral, por um dos lados do corpo, enquanto a criança ambidestra utiliza os dois lados do corpo com a mesma habilidade e agilidade.

A **estruturação espacial** desenvolve-se a partir do corpo da criança.

A percepção do mundo à nossa volta é uma percepção espacial e tem o corpo como referência. A noção espacial ocorre do concreto para o abstrato; do objetivo para o subjetivo e do corporal para o externo, a partir do sistema visual (perceptivo). Num primeiro momento, a criança se localiza, em seguida localiza a posição que seu corpo ocupa no espaço e só numa terceira etapa passa a localizar os objetos. Toda a noção espacial precisa ser interpretada por meio do corpo. Para Alves (2008), ao estabelecer relações entre as coisas, observações, comparações, semelhanças e diferenças o sujeito situa-se no espaço.

A **estruturação temporal** é mais difícil de ser apreendida que a noção espacial. Segundo Machado (2011), desenvolve-se a partir da audição. Há o tempo rítmico, que é individual (batimentos cardíacos, respiração), o tempo cronológico (que abrange as ideias temporais como o hoje, o ontem e o amanhã) e o tempo subjetivo, ligado às questões afetivas (que dependem do grau de ansiedade e motivação), onde os factos parecem durar mais ou menos tempo. Almeida (2008) descreve ainda que a criança tem dificuldades em distinguir o tempo real do tempo ficcional.

O **ritmo** diz respeito à movimentação própria de cada um. A palavra vem do grego *rhythmos*, que quer dizer movimento compassado. Existe ritmo lento, moderado, acelerado, cadenciado e a noção de duração e sucessão. A falta de habilidade rítmica pode influenciar no futuro uma leitura lenta, silabada, com pontuação e entonação inadequadas. Quanto à escrita, a criança com dificuldades quanto ao ritmo pode escrever palavras unidas, adicionar letras ou omitir letras e sílabas.

Através das **percepções** obtêm-se informações sobre o ambiente. Podemos distinguir as diferenças de informações existentes e ocorrer a discriminação de formas, tamanhos, cores, texturas, sons. Na **percepção auditiva**, este autor relata o apuramento da audição para o reconhecimento e prática da fala e da audição seletiva que envolve cada ambiente, pois a criança percebe, discrimina e interpreta os diversos tipos de som. Compreende a atenção e a memória auditiva.

A **percepção visual** identifica, organiza e interpreta os dados sensoriais, captados pela visão (Ferreira, 2005), e é o canal mais importante na comunicação com o meio exterior.

A **percepção tátil** permite à criança perceber, discriminar e identificar objetos pelo tato. Permite ainda, a identificação de temperatura, peso, seco, húmido e molhado, além das formas e texturas.

A estes itens ainda devem ser acrescentados a pré-leitura e a pré-escrita.

O **esquema corporal** é o saber interiorizado das partes do corpo, o que permite que o sujeito se relacione com espaços, objetos e pessoas que estejam ao seu redor, construído, através das informações propriocetivas (ou cinestésicas). À medida que o corpo cresce e se desenvolve acontecem modificações e ajustes no esquema corporal. Por exemplo, a criança sabe que a sua cabeça está em cima do pescoço e que ambos fazem parte de um conjunto maior que é o corpo. A elaboração do esquema corporal envolve uma relação contínua entre o eu, o mundo dos objetos e o mundo dos outros, construído a partir de experiências de dados reais e concretos, inserida na cultura em que a criança vive e da aprendizagem do seu próprio corpo. O sujeito passa a ter consciência de si, elabora os gestos a nível mental e em seguida executa a ação. (Ferreira, 2008).

1.4.1. *Expressão e Movimento de Marie-José Laval Lambert*

A fim de ativar o desenvolvimento psicomotor Andreucci (2004) relata o método elaborado por Marie-José Laval-Lambert, em 1972, e Oliveira (2008) através de um repertório de atividades requeridas para a aprendizagem e consolidação de atitudes, visando a prevenção de dificuldades escolares utilizado no programa do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis.

Este Instrumento compreende um conjunto de exercícios bem padronizados e facilmente reproduzíveis a implementar com crianças em idade pré- Escolar, nos diferentes domínios do desenvolvimento e visam a ativação da noção de esquema corporal, da lateralidade, da orientação espacial, temporal e da linguagem.

Para a estimulação da *linguagem*, as técnicas consistem em ritmos e movimentos amplos (24 exercícios), movimentos finos para a *pré-escrita* (56 exercícios), discriminação auditiva (37 exercícios) e visual (48 exercícios) e linguagem expressiva (64 exercícios).

Para treinamento de movimentos finos para pré-escrita utiliza-se plasticina para modelagem, corda, papel, objetos pequenos, rebuçados, etc, tendo como objetivo desenvolver a destreza manual e a independência dos dedos.

Para o treinamento da discriminação auditiva, como por exemplo o saber escutar, prestar atenção e diferenciar os sons, os alunos, dentre outras tarefas têm como algumas das atividades reconhecer o barulho que faz o papel ao ser amarrotado, rasgado, cortado e também diferenciar os sons graves dos agudos, as diferentes notas musicais e os diferentes ritmos.

Na discriminação visual, entre outras atividades que envolvem formas montadas com palitos e desenhos e a noção do espaço gráfico da esquerda para a direita e do sentido de cima para baixo.

A atenção e a memória visual são ativadas com reconhecimento de formas, e noções de orientação espacial simples e complexas que compreende também parte da técnica de Borel-Maisony citada por Cuba-Santos (1975) para ensino da dislexia.

Para estimular a linguagem expressiva são realizados exercícios verbais como contar histórias com marionetes e fantoches, correção de pronúncia e a reprodução de enredo de filmes.

Os exercícios para o desenvolvimento da lateralidade, em número de 24 utilizam estímulos visual, tátil e auditivo, com materiais diversos como fita, bola, papel, sacos de areia, bambolês, tijolos, etc. e apresentam dificuldades progressivas. A criança segue trajetos com a corda, bate bola do lado direito e esquerdo do corpo, etc. Todos esses exercícios têm como objetivo desenvolver conhecimento dos lados direito e esquerdo do corpo.

Para estimular a orientação espacial, o corpo da criança é o ponto de referência e a concentração e a memória visual são essenciais. Os materiais utilizados são similares aos do item anterior. A criança aprende as noções de frente, longe, muito longe, sobre, sob, dentro, ao lado, em cima e em baixo ao posicionar-se em relação a objetos fixos, contornando obstáculos com o corpo todo ou com partes do corpo, sem poder esbarrar nos obstáculos. Também deve ultrapassar objetos em movimento. Os exercícios finais são de grande complexidade, envolvendo percepção de espaço e tempo.

Para desenvolvimento do esquema corporal utiliza-se a estimulação motora, auditiva, visual e principalmente tátil. São realizadas atividades que compreendem o reconhecimento de partes do corpo, marcha, corrida só ou em grupo, imitação de animais com o próprio corpo, através de movimentos simples ou complexos, andar descalça em superfícies variadas, para frente, para trás, em plano inclinado, etc. As estimulações são combinadas, por exemplo: tátil-visual, tátil-auditiva, etc.

Estes exercícios foram realizados diariamente, em duas sessões de 30 minutos cada, sendo uma no período da manhã e outra no período da tarde pelas professoras do Educandário, treinadas pela investigadora desta tese. Os resultados obtidos foram registados em folhas específicas (Motricidade Lateralidade, Motricidade Espaço, Esquema Corporal, Pré- Leitura e Pré- Escrita) onde constava a atividade e o nome de cada aluno que a realizava, sendo registado também o seu acerto (cruz azul) ou erro (cruz vermelha) na execução do movimento estabelecido para aquele dia.

1.4.2. Inventário Portage Operacionalizado

A fim de padronizar os resultados para esta investigação, a autora utilizou também os testes do Inventário Portage Operacionalizado, de fácil aplicação, com instruções

definidas operacionalmente e critérios explicitados, elaborado e introduzido experimentalmente por Bluma et al(1972) fazendo parte de um amplo sistema de treinamento de pais e das educadoras da educação pré-escolar, tendo sido revisado em 1976. Sendo posteriormente traduzidos e adaptados por duas psicólogas brasileiras (Williams e Aiello, 2008),que também especificaram as condições de avaliação e descreveram os materiais a serem utilizados para a execução do mesmo.

Abrange cinco áreas do desenvolvimento infantil: autocuidados, cognição, desenvolvimento motor, estimulação infantil, linguagem e socialização para crianças dos 0 aos 6 anos de idade, que fornece uma visão global do desenvolvimento da criança, que possibilita a detecção das áreas que devem ser o objeto da intervenção, a fim de monitorizar o desenvolvimento da criança.

Consta de 580 itens divididos nas áreas acima mencionadas e pode ser usado por um leque de profissionais, tais como psicólogos, educadores, pediatras e neuropediatras, fisioterapeutas, terapeutas-ocupacionais, terapeutas da fala, cuidadores, bem como pais de crianças com ou sem problemas de desenvolvimento quer em situações do dia-a-dia da criança, quer no seu ambiente natural.

O Conhecimento Corporal e o Autoconceito

Tem lugar no ambiente em função do tempo, capta imagens, recebe sons, sente cheiros e sabores, dor, frio e calor e movimenta-se. A noção de corpo está diretamente ligada aos sentimentos. Tem como resultado a maior ou menor capacidade de adaptação do corpo com o meio exterior. O que somos, o nosso espelho afetivo - somático é formado ante a imagem de nós mesmos, dos outros e dos objetos.

O *conceito corporal* é o conhecimento intelectual sobre partes e funções do corpo e implica o desenvolvimento da lateralidade. A princípio a criança não distingue os dois lados do corpo e não tem a noção de direita e esquerda. É entre os 5 e os 7 anos de idade que se desenvolvem as distinções entre os dois lados do corpo. As atividades psicomotoras permitem às crianças adquirirem uma melhor noção de espaço, lateralidade e uma boa orientação em relação ao seu corpo, aos objetos e às pessoas.

Dá-se o nome de **esquema corporal** à capacidade que o homem tem de simbolizar o seu próprio corpo e interiorizar a sua imagem. Machado (2011) estabelece uma comparação entre o **esquema corporal** e uma fotografia a ser revelada ao salientar que o esquema corporal revela-se gradativamente à criança, da mesma forma que uma fotografia é revelada na câmara escura, onde aos poucos toma contorno, forma e coloração a quem observa. É um conceito que se vai desenvolvendo à medida que a criança interage com os objetos, o mundo e as pessoas. Este conceito organiza-se então através da experiência da criança com o corpo. É uma construção mental que a criança realiza gradualmente, de acordo com o uso que faz de seu corpo.

Por volta dos 4 aos 5 anos estabelece-se a noção do esquema corporal, que se foi construindo e elaborando no decorrer da evolução. Este conceito vai pesar muito no desenvolvimento interior da imagem e da representação de si. Depende do amadurecimento neurológico, dos diferentes tipo de estímulos que receba ao mapear o seu corpo e do senso de percepção, uma vez que é através desta, que é introjetada a noção de ter diferentes partes corporais.

Ao interiorizar por meio de estímulos que recebe do meio ambiente, a criança mapeia o seu corpo, identifica e localiza as suas diferentes partes, as suas posturas e atitudes em relação ao mundo exterior. É a partir de um esquema corporal bem formado que o indivíduo adquire a noção de "ter" um corpo, sendo o esquema corporal um elemento básico indispensável para a formação da personalidade da criança (Machado, 2011; Cró, 2006,2008).

Ao sentir-se bem com o seu corpo, a criança é capaz de posicionar os seus membros uns em relação aos outros, transpor as suas descobertas de maneira progressiva, localizar objetos, pessoas e acontecimentos em relação à si e entre eles. Ao ter em conta o conhecimento de seu corpo como uma unidade, e ao mesmo tempo dividido em partes, surge a possibilidade de agir e evidencia-se a possibilidade de melhorar a vida social e afetiva. Ao ampliar as suas percepções e ao aprender a controlar o seu corpo, por meio da interiorização das sensações, amplia as suas possibilidades de ação.

Machado (2011) aborda as quatro **fases do desenvolvimento do esquema corporal**: corpo submisso (dos zero aos dois meses); corpo vivido (dos dois meses aos três anos); corpo descoberto (três a seis anos) e corpo representado (dos seis aos doze anos).

Durante a **etapa do corpo submisso**, movimentos são automáticos, reflexos e existem automatismos de alimentação, de defesa e de equilíbrio. O comportamento da criança é inteiramente dominado pelas necessidades orgânicas e ritmado pela alternância alimentação - sono. Há uma impulsividade motora e os gestos são explosivos e não orientados.

Dos dois meses aos três anos de idade (**etapa do corpo vivido**) a criança começa a tomar consciência dos seus movimentos. Corresponde à fase de inteligência sensória motora de Piaget.

Há dois aspetos que devem ser observados nessa fase: a *atividade espontânea* da criança, através de movimentos não pensados, tais como levantar a barriga, rolar pelo berço, pegar objetos e levar à boca, através dos quais ela adquire experiências e a importância das experiências que a criança vive, a partir das quais ela começa a distinguir o seu próprio corpo, do mundo dos objetos e estabelece o primeiro esboço da imagem do corpo e parte em busca do mundo exterior.

Durante a **etapa do corpo descoberto** (dos 3 aos 6- 7anos de idade, aproximadamente) a criança, ao descobrir o seu corpo começa a estruturar o seu esquema corporal. É nesta fase que se desenvolve a função de interiorização, uma forma de atenção perceptiva centrada sobre o próprio corpo que permite à criança tomar consciência de suas características corporais e verbaliza-las, além da localização e controlo do desenvolvimento temporal e da tomada de consciência do movimento. A função de interiorização permite a passagem do ajustamento, que antes era espontâneo, a um ajustamento controlado que propicia um maior domínio do corpo, culminando numa maior dissociação dos movimentos voluntários. A criança com isso passa a aperfeiçoar e refinar os seus movimentos, adquirindo uma maior coordenação dentro de um espaço e tempo determinado. Descobre a sua dominância lateral e com ela seu eixo corporal.

O corpo passa a ser um referencial para se situar entre os objetos no espaço e no tempo. Neste momento assimila conceitos como em baixo, acima, direita, esquerda e adquire também noções temporais como a duração dos intervalos de tempo, de ordem e sucessão.

No final dessa fase, a criança pode ser considerada como estando a viver o período pré- Piaget, dado que está submetida à percepção num espaço em, parte representado, mas ainda centrado sobre o próprio corpo.

Durante a **etapa do corpo representado** (dos 6-7 anos até os 12 anos) observa-se a consolidação da estruturação do esquema corporal.

Por volta dos 5 aos 6 anos de idade é produzida a primeira imagem sintética do corpo. A partir daí surge a representação mental do corpo em movimento, que estará mais definida por volta dos 10- 12 anos de idade.

Um esquema corporal mal definido pode acarretar deficiência da estruturação espaço-temporal, na área da percepção, lentidão, coordenação psicomotora deficiente, atitudes inadequadas na área da psicomotricidade e também insegurança nas relações com o outro.

Para concluir citamos Alves (2008), que declara que a noção de esquema corporal representa a experiência que cada um tem do seu corpo em movimento ou estático em relação ao meio, uma representação concreta daquilo que somos e continua em permanente evolução adaptativa, pelo resto da existência do indivíduo.

Imagem corporal e Autoestima

A imagem corporal é a correspondência afetiva de como nós imaginamos que somos. É uma criação, uma representação mental inconsciente ou consciente e, diferente do esquema corporal. A imagem corporal indica-nos o que como somos, o que nem sempre corresponde à realidade. Está sujeita a interferências intra e interpessoais.

Na imagem corporal estão envolvidas questões imaginárias, ligadas ao nosso aspeto psíquico e emocional e à diversidade de humores. O ser humano é o único que consegue desenvolver uma imagem ao espelho, ao simbolizar o seu próprio corpo e interiorizar a sua própria imagem.

Quando pedimos a uma criança para que ela desenhe a sua própria figura humana podemos verificar o seu conhecimento de esquema e de imagem corporal. Nomear as partes do corpo nem sempre significa ter consciência do esquema corporal. O esquema corporal introjetado significa ter a imagem do sujeito, memorizada.

Alves (2008) conclui que a imagem corporal de um indivíduo diz respeito aos sentimentos do indivíduo em relação à estrutura do seu corpo.

Desde os primeiros anos de vida as pessoas estabelecem diferentes maneiras de contato com o mundo e o corpo, o melhor meio de comunicação entre o interior e o exterior de cada ser humano, sendo de vital importância uma boa comunicação e otimização dos contactos e relações interpessoais.

Neste sentido, a psicomotricidade contribui de maneira expressiva para a formação e estruturação do esquema corporal, ao estar também associada à afetividade e à personalidade, porque o indivíduo utiliza o seu corpo para demonstrar o que sente. As atividades psicomotoras permitem à criança uma vivência com espontaneidade das suas experiências corporais e ao criar um maior contacto afetivo entre o professor e o aluno, aluno e aluno e aluno e professor, nas escolas e jardins-de-infância favorecem as relações interpessoais.

O corpo fala a cada instante. Recebe informação. Comunica. Expressa. É a realidade. É a gravação da história do indivíduo, é o testemunho dos vários momentos vividos através da cultura, da sociedade, da religião, dos costumes, das emoções desde o nascimento.

Uma boa estruturação psicomotora é a base fundamental para o desenvolvimento cognitivo e da aprendizagem. O desenvolvimento dá – se do geral para o específico e durante o processo de aprendizagem os elementos básicos da Psicomotricidade são usados com frequência. Muitos dos problemas enfrentados pela criança que não tem um bom desempenho escolar residem numa deficiente educação psicomotora.

1.5. Contributo da Psicomotricidade no Ensino - Aprendizagem e Sucesso Escolar

Segundo Cró (2006), as atividades de pré-leitura e de pré – escrita desenvolvem comportamentos que preconizam o desenvolvimento de comportamentos pré requeridos às aprendizagens fundamentais.

Para ler, a criança necessita de elementos de natureza motora, percetiva, intelectual e afetiva. Ao interiorizar o seu esquema corporal, ela passa a ter pontos de referência para a organização das suas percepções, o que favorece também o seu desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento integral da sua personalidade, além da noção esquerda- direita, que é o sentido da própria escrita. Ao orientar-se no espaço adquire as noções de atrás, à frente, em baixo, em cima, necessárias à diferenciação de letras semelhantes como o *b* e o *d*, o *n* e o *u*, ao mesmo tempo que tem de ser desenvolvida a noção do ritmo, além da percepção e memória auditiva e da percepção e memória visual.

Na área da pré – escrita, através da motricidade global há o desenvolvimento de um bom equilíbrio e coordenação de movimentos, ao passo que a motricidade fina proporciona a utilização das duas mãos, de maneira independente, a dissociação dos movimentos dos dedos, numa dimensão espacial, temporal e rítmica.

Em síntese, neste capítulo, fizemos uma breve abordagem histórica sobre a psicomotricidade em todas as especificidades inerentes a esta problemática, nomeadamente a coordenação motora global, a coordenação motora fina, o equilíbrio, no esquema corporal, a lateralidade, a estruturação espacial, a estruturação temporal, o ritmo e as percepções, tendo sido abordadas também as etapas do desenvolvimento humano e a possibilidade da ativação desse desenvolvimento.

Foi descrita a construção do sujeito nas diferentes etapas dos ciclos de vida e a importância da observação dos comportamentos sinais, como indicadores desse desenvolvimento e a relação do sujeito com os objetos e com os outros sujeitos ao seu redor.

Destacámos a importância do conhecimento e interiorização do esquema corporal, que contribui para a construção da autoimagem, do autoconceito e da autoestima, que por sua vez têm impacto na resiliência do sujeito e nas relações interpessoais do homem com os seus semelhantes.

Finalizámos com uma abordagem sobre a importância da psicomotricidade no sucesso escolar, nomeadamente ao nível dos pré-requisitos psicomotores para as aprendizagens fundamentais: pré-leitura e pré-escrita. Se a criança não tiver definido a sua lateralidade vai ter problemas em perceber que a leitura se faz da esquerda para a direita e de cima para baixo, conceitos esses que são do âmbito da psicomotricidade, para não falar de outros.

Pelo que acabámos de referir, Psicomotricidade e Resiliência são duas problemáticas que se relacionam e se entrecruzam ao longo do desenvolvimento humano, pelo que passaremos a abordar no próximo capítulo as questões relacionadas com a resiliência.

CAPÍTULO 2 - Resiliência

CAPÍTULO 2 – Resiliência

2.1. *As emoções, a resiliência e o homem do século XXI*

Pegando numa das ideias mais célebres de Einstein (1915) em que este afirmava que no meio das adversidades emergem sempre as oportunidades iniciamos este capítulo abordando que o desenvolvimento integral do indivíduo implica não só o desenvolvimento do nível cognitivo, físico, afetivo e social, mas também o saber lidar com as contrariedades pois as mudanças fazem parte do quotidiano e exigem constantes esforços de adaptação.

Bullying, agressividade, barreiras emocionais, ansiedade, medo, insegurança, raiva, alegria, surpresa e tristeza fazem parte do nosso dia-a-dia, a partir da infância até a idade adulta. Desde a mais tenra idade pode-se aprender a lidar com as próprias emoções e a dos outros, ver o mundo sob diferentes pontos de vista, o que poderá ajudar a ter uma melhor qualidade de vida, saúde e sucesso pessoal e profissional, um dos desafios do século XXI.

Segundo Rocha (2008) a saúde e o bem-estar são promovidos através do desenvolvimento da abertura para aprender a crescer, do aumento da capacidade para tolerar a ambiguidade e a incerteza e de uma experiência aumentada de poder e escolha e descreve as relações de ajuda como sendo trocas verbais e não-verbais que ultrapassam a superficialidade, além de criarem um clima no qual as pessoas poderão obter um melhor bem-estar físico ou psicológico perante a adversidade.

2.2. *As primeiras pesquisas em resiliência*

As primeiras publicações sobre o assunto foram: *Vulnerable but invincible* [Vulneráveis, porém invencíveis], *Overcoming the odds* [Superando as adversidades], ambos de Werner & Smith (2001), e *The invulnerable child* [A criança invulnerável], de Anthony & Cohler (1987) estudos longitudinais que acompanharam o desenvolvimento do indivíduo desde a infância até a adolescência ou idade adulta.

O estudo longitudinal realizado por Werner (2001), Werner & Smith, 1982, 1989, 1992) e outros colaboradores durou cerca de quarenta anos, tendo-se iniciado em 1955.

De acordo com Koller (2006) e Martineau (1999), este estudo não estava relacionado, inicialmente, com questão da resiliência, mas, procurava investigar os efeitos cumulativos da pobreza, do stress perinatal e dos "cuidados familiares deficientes" no desenvolvimento físico, social e emocional das crianças. A pesquisa acompanhou o nascimento de 698 crianças numa ilha do Havai. As crianças foram avaliadas com 1 ano de idade (incluindo entrevistas com os pais) e acompanhadas até as idades de 2,10,18 e 32 anos. O foco da pesquisa relatada no livro *Vulnerable but invincible* foi a amostra de 72 crianças (42 meninas e 30 meninos) com uma história de quatro ou mais fatores de risco (como por exemplo, a pobreza, baixa escolaridade dos pais, stress perinatal, baixo peso no nascimento ou, ainda, a presença de deficiências físicas). Uma proporção significativa dessas crianças era proveniente de famílias cujos pais eram alcoólicos ou com distúrbios mentais. Para surpresa dos pesquisadores, nenhuma dessas crianças desenvolveu problemas de aprendizagem ou de comportamento (Werner & Smith, 1982), o que foi considerado então como "sinal de adaptação ou ajustamento".

Uma outra amostra, estudada por Werner em 1986 abrangeu um grupo de 49 jovens da mesma ilha, oriundos de famílias pobres, cujos pais tiveram sérios problemas relacionados ao abuso de álcool. Por volta dos 18 anos, 41% deste grupo apresentou problemas de aprendizagem, ao contrário dos restantes 59%. Nos dois grupos, os que souberam lidar com as adversidades foram denominados resilientes. Os fatores que discriminaram o grupo resiliente, tanto nas pesquisas de 1982 como nas de 1986 foram: temperamento das crianças/jovens (mais afetivos e recetivos); melhor desenvolvimento intelectual; maior nível de autoestima; maior grau de autocontrolo; famílias menos numerosas; menor incidência de conflitos nas famílias.

Yunes (2003) e Martineau (1999), ao comentarem o estudo pioneiro de Werner & Smith (2001) realizado na ilha de Kauai, referem que uma consideração a ser feita é sobre o que as autoras chamaram de "pobreza", numa sociedade rural, não-industrializada, cuja população era predominantemente constituída por havaianos ou asiáticos. A eles foi atribuída uma condição social de "pobreza", pois por volta de 1950 a economia do local girava em torno da pesca e da cana-de-açúcar e os pais das crianças classificados como "não-habilidosos e grosseiros".

Na última etapa desta ambiciosa pesquisa, Werner & Smith (2001) concluíram que cerca de um terço dos indivíduos (considerados de alto risco) cresceram e tornaram-se adultos competentes capazes de desenvolver relações amorosas, trabalhar ou mesmo ter expectativas acerca das suas vidas. Werner (2001) notou que essas pessoas possuíam um sentimento de confiança e que acreditavam que os obstáculos podiam ser superados, revelando um componente – chave das estratégias de *coping*, colocando a ênfase nos componentes psicológicos individuais, de um "algo interno", apesar das inúmeras referências feitas pelas autoras aos aspetos protetores decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de suporte social na vizinhança, escola e comunidades.

2.3. Clarificação e operacionalização de conceitos relacionados com a resiliência

A noção de resiliência é utilizada desde há muito tempo pela Física e Engenharia, sendo um dos principais precursores o cientista inglês Thomas Young (1807), que introduz pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Denomina-se como resiliência de um material, a energia de deformação máxima que este é capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes (Silva Júnior, 1972; Yunes, 2003, Triguero, 2011).

Na perspetiva de Boyd (2011), a resiliência é o oposto da vulnerabilidade, e trata a resiliência como os efeitos coletivos de fatores dentro da criança (ou do seu ambiente) que oferecem alguma proteção contra os efeitos das vulnerabilidades. A combinação de uma criança altamente vulnerável a um ambiente pobre ou desfavorável pode produzir os efeitos mais negativos. Uma criança resiliente em um ambiente pobre pode sair-se muito bem, pois pode descobrir e aproveitar toda a estimulação das oportunidades disponíveis. Uma criança vulnerável pode sair-se bem em um ambiente favorável, em que os pais a ajudem a lidar com as suas vulnerabilidades.

Segundo Hensius (2010), Bowlby foi o primeiro autor a usar o termo emprestado da física em sentido psicológico. Ela também define a resiliência como sendo uma qualidade não fixa, que muda segundo o período de vida e as circunstâncias, segundo o tipo de trauma e como a pessoa a vivencia, e também segundo fatores histórico-culturais. É um processo dinâmico, sendo uma simbiose entre o interior e o exterior do indivíduo, num contexto social, resultado da interação de vários microssistemas (família, escola,

amigos) e macrossistemas (comunidade, crenças, ideologias, valores e costumes, meios de comunicação, situação económica e sistema educacional), segundo o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2005, 1998,1996). A resiliência leva a uma metamorfose do indivíduo, onde ele aprende com a experiência vivida e tira lições de vida.

Regalla (2007) acrescenta que a resiliência não deve ser vista como um atributo fixo do indivíduo, de modo que, se as circunstâncias relacionadas a esse indivíduo mudam, a resiliência se altera. A resiliência se dá a partir de processos de proteção que englobam quatro principais funções: reduzir o impacto dos riscos; reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia, por meio de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso e criar oportunidades para reverter os efeitos do *stress*.

Barbosa (2006) perspectiva a resiliência como resultado da interação entre 7 fatores: administração das emoções; controlo dos impulsos; empatia; otimismo; análise causal; autoeficácia e alcance de pessoas e defende que tais fatores quando agrupados propiciam a superação da adversidade, relacionada com o sentido da vida, no próprio indivíduo e no seu próximo, e é essa aglutinação que possibilita o desenvolvimento da maturidade emocional. O primeiro fator contempla a habilidade de o sujeito se manter sereno perante uma situação de *stress*, reorientando o seu comportamento. No controlo de impulsos, diretamente relacionado com regulação das emoções, o sujeito vivencia as situações de uma forma exacerbada e/ou inibida. A empatia é a capacidade que o ser humano tem de compreender o estado psicológico do outro, através da descodificação da informação não-verbal. O otimismo revela a crença do indivíduo de que as coisas podem mudar para melhor, existindo a convicção de que pode controlar o futuro, mesmo quando o poder de decisão não se encontra ao seu alcance. Através da análise causal, o sujeito identifica, com precisão, as causas dos problemas e das adversidades no ambiente, colocando-se numa situação segura e não numa situação de risco. Com a autoeficácia o indivíduo resolve os problemas com os meios que encontra em si mesmo e no ambiente.

Por fim, o alcance de pessoas reflete a capacidade que o sujeito tem de se vincular a outras pessoas, sem receios e medo do fracasso, com a finalidade de formar redes de apoio. No entanto não podemos esquecer que a família é também um fator importante que

se insere e interfere no desenvolvimento da resiliência nos contextos teóricos abordados acima.

Fergus e Zimmerman (2005) referem que as características de resiliência poderão ser alteradas ao longo da vida e nos diferentes contextos. Grotberg (2005, p. 17) afirma que promover fatores de resiliência e ter condutas resilientes requer diferentes estratégias. Anaut (2005) destaca as diferenças entre a resiliência estrutural, centrada no modo de funcionamento do sujeito e a resiliência conjuntural, ligadas às circunstâncias. Destaca ainda que a resiliência verificada na infância pode ser reforçada numa idade mais avançada, consolidando-se com a idade e as provações vencidas ou ainda, pode desmoronar-se por ocasião de acontecimentos stressantes ou traumáticos que ultrapassem as capacidades de acomodação e adaptação do sujeito.

Lazáro (2009) e Manciaux (2003) destacam a definição da *Foundation pour l'enfance* (Paris), que trata a resiliência como a capacidade de uma pessoa, ou de um grupo para se desenvolverem bem, para se projetarem no futuro apesar dos acontecimentos desestabilizadores, de condições de vida difíceis, de traumas, às vezes graves.

Abreu (2008) e Masten (2001) referem-se à resiliência como um conjunto de fenómenos que se caracterizam por “bons resultados apesar das sérias ameaças ao desenvolvimento ou à adaptação”.

Andreucci (2010), Cruz-Villalobos, (2009) e Cyrulnik (2001) apresentam a resiliência como a arte de navegar sobre as tormentas e o seu desenvolvimento se inicia muito antes da aquisição das palavras e da linguagem.

Para Pereira (2001, 2006 ab), a resiliência se desenvolve a partir das relações que a criança estabelece com o meio, e a maneira de lidar com as situações difíceis (*coping*) se vai desenvolvendo e adquirindo ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida.

Cardoso (2012), Andreucci (2008) e Tavares (2001) evidenciam que a resiliência é a capacidade das pessoas, individualmente ou em grupos, resistirem às situações adversas, sem perderem o equilíbrio inicial. Pode ser fortalecida com o desenvolvimento do auto – conceito e da autoestima, para que o indivíduo se torne mais forte, mais eficaz e colabore para uma sociedade menos violenta.

Segundo Roncato (2007) e Ralha-Simões (2001) a resiliência não se trata de uma espécie de escudo protetor que alguns indivíduos teriam, mas a possibilidade de

flexibilidade interna que lhes tornaria possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa em face dos confrontos adversos com o meio exterior. Assim a resiliência seria forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano e ainda o indivíduo com personalidade resiliente parece de facto salientar-se por uma estrutura de personalidade precoce e adequadamente diferenciada, com uma abertura a novas experiências, novos valores e a fatores de transformação dessa mesma estrutura, que apesar de ser bem estabelecida, é flexível e não apresenta resistência à mudança.

Noronha (2009) e Yunes (2001) referem que no dicionário da língua inglesa se encontram dois raciocínios para o termo: o primeiro se refere à habilidade de voltar rapidamente ao seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades; a segunda definição é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade. Esta última remete-nos ao conceito original de resiliência atribuída à física, que busca estudar até que ponto um material sofre impacto e não se deforma. O termo se pode aplicar tanto a materiais quanto a pessoas.

Oliveira (2008) e Lindström (1998, 2001) destacam um conceito de resiliência composto por quatro componentes que formam um banco de recursos que protegem o indivíduo: fatores individuais, contexto ambiental, acontecimentos ao longo da vida e fatores de proteção.

A resiliência enquanto capacidade é a interação entre atributos pessoais, apoios do sistema familiar e aqueles provenientes da comunidade (Klotiarenco *et al.*, 2004).

Maia (2003), Garcia (2001) e Cowan, Cowan & Shulz (1996) fazem uma analogia com a imunização médica: afirma que a *resiliência* é o produto final de um processo de imunização que não elimina o risco, mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efetivamente. Como na vacina, a exposição a pequenas e sucessivas doses do agente patológico ajudam a desenvolver mecanismos que lutam contra a doença.

Noronha (2009), Andreucci (2008 ab), e Garmezy (1993) apontam a resiliência como sendo a capacidade de recuperar o padrão de funcionamento após experienciar situação adversa, sem se deixar ser atingido por ela.

Machado (2010) e Grotberg (1993abc) salientam que a resiliência permite às pessoas, grupos ou comunidades prevenir, minimizar ou superar os efeitos danosos das adversidades e é uma capacidade universal.

Amparo (2008), Luthar (1993), Zimmerman e Arunkumar (1994) e Hutz, Kohler e Bandeira (1996) descrevem três tipos de resiliência: social, acadêmica e emocional. Para o desenvolvimento da resiliência emocional Bardagi (2005), Rutter (1987), Hutz, Koller e Bandeira (1996) destacam a importância das experiências positivas que geram sentimentos de autoeficácia, autoestima, o saber lidar com as mudanças e adaptações e a resolução de problemas.

No desenvolvimento da resiliência acadêmica, destaca-se o papel primordial da escola, através da aprendizagem de novas estratégias e do aumento e fortalecimento da habilidade em resolução de problemas (Machado, 2011; Hutz Koller e Bandeira, 1996; Rutter, 1987).

Para Poletto (2008) e Luthar (1993), os relacionamentos interpessoais, a empatia, as competências sociais e o senso de pertença a um grupo favorecem a resiliência social.

Em todas as definições, inclusive de outros autores não citados, aparecem os conceitos de adversidade, trauma, stresse, doença e situação desfavorável ou vulnerabilidade.

Invulnerabilidade

Os precursores do termo resiliência na Psicologia são os termos invencibilidade ou invulnerabilidade ainda bastante referidos na literatura atual quando se trata sobre resiliência. Vários autores (Rutter, 1985; Masten & Garnezy, 1985; Werner & Smith, 1992) relatam que "em 1974, o psiquiatra infantil E. J. Anthony introduziu o termo invulnerabilidade na literatura da psicopatologia do desenvolvimento, para descrever crianças que, apesar de prolongados períodos de adversidades e stresse psicológico, apresentavam saúde emocional e alta competência" (Werner & Smith, 1992: 4).

Resiliência e invulnerabilidade não são termos equivalentes, afirmam Neblett Júnior (2006), Dubois (2005) e Zimmerman & Arunkumar (1994). Segundo esses autores, resiliência refere-se a uma "habilidade de superar adversidades" (Zimmerman &

Arunkumar, 1994: 4), não significando que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade.

Segundo Rutter (1985,1993), um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da Psicologia, «invulnerabilidade passa uma ideia de resistência absoluta ao *stress*, de uma característica imutável, como se fôssemos intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento». Rutter (1993) ainda considera que invulnerabilidade passa somente a ideia de uma característica intrínseca do indivíduo, e as pesquisas mais recentes têm indicado que a resiliência ou resistência ao stress é relativa, cujas bases podem ser tanto constitucionais como ambientais e que o grau de resistência varia de acordo com as circunstâncias (Rutter, 1985).

Fatores de risco e fatores protetores

Desde a primeira geração de pesquisadores da resiliência, procura-se identificar os fatores de risco e os de proteção (Infante, 2005, Oliveira, 2008).

Segundo Paiva (2008), os fatores de risco e de proteção podem ser definidos como constructos utilizados para conceptualizar o desenvolvimento de problemas sociais e de saúde, especialmente os problemas que afetam as crianças e as suas famílias (Poletto 2008) relaciona a resiliência ao risco: "*resiliência refere-se aos processos que operam na presença de risco para produzir consequências boas ou melhores do que aquelas obtidas na ausência de risco*" (p. 14).

Considerando-se que as adversidades são inevitáveis para qualquer indivíduo, sobressai a questão dos níveis de exposição e dos limites de cada ser humano. Assim, a visão subjetiva de um indivíduo a uma determinada situação, que compreende a sua percepção, interpretação e sentido atribuído ao evento stressor, interferirá na sua classificação ou não como condição de *stress*: um evento pode ser avaliado como perigo por um indivíduo e para outro ser apenas um desafio (Yunes e Szymanski, 2001, Regalla, 2007).

Segundo Schenker (2005), a expressão *fatores de risco* designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (Newcomb *et al.*, 1986; Jessor *et al.*, 1995).

Silveira e Mahfoud (2008, p. 569) definem fatores de risco para a resiliência como influências que ocorrem em qualquer nível sistêmico (família, indivíduo, comunidade, sociedade) que ameaçam os resultados de adaptação positivos. Estes fatores de risco estão relacionados com os eventos negativos de vida e operam de maneiras diferentes em diferentes períodos de desenvolvimento do indivíduo e devem ser pensados sempre como um processo.

Ribeiro (2011, 2008) e Anaut (2005, p.32) consideram como fatores de risco todas as condições existenciais na criança ou no seu meio ambiente que envolvem um risco de morbidade superior à que se observa na população em geral através dos inquéritos epidemiológicos ou ainda um acontecimento ou uma condição orgânica que aumente a probabilidade da criança de desenvolver problemas emotivos ou de comportamento.

Ainda segundo essas autoras os fatores de risco podem ser agrupados em três categorias: centrados na criança; ligados à configuração familiar e fatores sócio – ambientais. São exemplos de fatores centrados na criança nomeadamente a prematuridade, o sofrimento neonatal, a gemelaridade, o baixo peso à nascença, a separação materna precoce. Como exemplos de fatores ligados à configuração familiar temos: separação ou divórcio dos pais, violência, alcoolismo, doença crónica de um dos pais, mãe solteira, mãe adolescente, falecimento de um familiar e como fatores sócio ambientais a pobreza, o desemprego, a habitação sobrelotada, situação de migração, isolamento relacional.

Acrescentaríamos ainda alguns fatores ambientais de risco propostos por Ferriolli (2007): discórdia conjugal severa, desvantagem sócio - económica, tamanho grande da família, criminalidade paterna e transtorno mental da mãe, a disfunção conjugal, rutura da família, história psiquiátrica parental e *stress* familiar acrescidos de práticas disciplinares intrusivas e severas.

Para Peçanha (2007), Poletto (2004) e Tavares (2001), os "fatores de risco relacionam-se com toda a sorte de eventos negativos de vida, e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais" Entre os indicadores de risco que se constituem em dificuldades e problemas para a família, Pinheiro (2004), Antoni e Koller (2000) relacionaram descontrole emocional, culpa, falta de responsabilidade e de diálogo, drogas, ausência dos pais,

violência doméstica e na comunidade, transição da infância para a adolescência e ausência das redes de apoio.

Segundo o *Virginia Department of Planning and Budget* (1992), os fatores de risco dividem-se em individuais, ambientais e interação entre o indivíduo e o ambiente.

Dentro dos fatores *individuais* poderemos observar os fatores genéticos, os relacionados com a personalidade, ou os relacionados à saúde física. Dentro dos fatores genéticos se destacam as crianças toxicodependentes e a vulnerabilidade in-útero (grávida toxicodependente)

A ausência de conformidade e/ou rebeldia, a baixa autoestima, a timidez (especialmente se combinada com hostilidade), a atitude com drogas prejudicial à saúde, as mentiras frequentes, o ser anti-social, ter tendências suicidas, o apresentar graves problemas emocionais (ansiedade ou depressão), dificuldades na aprendizagem ou ser impulsivo estão relacionados aos fatores individuais relacionados com a personalidade.

Existem ainda os fatores relacionados à saúde física, tais como uma doença congénita, uma deficiência física adquirida, uma dor crónica ou ter uma dieta ou exercício deficientes.

Quanto aos fatores *ambientais* esses podem estar relacionados à família mais próxima, ser mãe adolescente; ter falta de apoio e orientação dos pais; apresentar uma história familiar de comportamento anti-social; comunicação pobre; baixas crenças religiosas; baixas habilitações literárias e baixas expectativas de emprego; falta de disciplina; quando o irmão mais velho sai de casa; ter baixa estabilidade; pobreza; problemas de abuso e negligência com crianças; ausência de um dos pais devido a separação; quando as crianças ficam trancadas em casa enquanto a mãe trabalha; a família está afastada ou há falta de suporte.

Dentro dos fatores ambientais há ainda os ligados à área social ou relacionados aos grupos de pares, com o uso de drogas, o recrutamento ou presença num *gang*, ou ainda haver rejeição por parte do grupo.

Os fatores ambientais ligados ao bairro, comunidade ou escola estão relacionados à alta concentração de pobreza nos bairros sociais, a deslocação do meio social, aos bairros que apresentam alta criminalidade, à atividade e existência de *gangs* de droga e à alta taxa de abandono escolar.

Os fatores de risco presentes na *interação entre o indivíduo e o ambiente* podem ser as habilitações sociais inadequadas, as baixas qualificações ou o baixo grau acadêmico, o ser facilmente influenciado pelo seu grupo de pares ou uma iniciação precoce de comportamentos associados a outros comportamentos negativos tais como a delinquência ou um comportamento criminoso.

De acordo com Doca (2011), os fatores protetores referem-se a variáveis que produzem resiliência ao desenvolvimento de dificuldades psicológicas face à presença adversa de fatores de risco. Há efetivamente crianças e jovens que, expostos a condições adversas, são capazes de se ajustar relativamente bem.

Segundo Anaut (2005, p.51), os fatores de proteção modificam a reação à situação que apresenta o risco, ao reduzir o efeito do risco e as reações negativas em cadeia.

Silveira e Mahfoud (2008, p. 569) consideram os fatores de proteção como condições do ambiente, capazes de favorecer o indivíduo ou um grupo e de reduzir os efeitos ou circunstâncias desfavoráveis.

Anaut (2005), Canelas (2004) e Garmezy e Masten (1991) agruparam os fatores de proteção segundo três níveis: individual, familiar e extrafamiliar. Como fatores protetores individuais os autores acrescentam ter um temperamento ativo, afável, bom caráter, ser rapariga (antes da adolescência) ou rapaz (durante a adolescência), a idade (juventude), possuir um QI elevado ou bom nível intelectual, ter consciência das relações interpessoais, ter sentimentos de autoeficácia e autoestima, ter competências sociais, revelar sentimentos de empatia, um *locus* de controlo interno, humor e ser atraente para os outros (charme, carisma).

A nível familiar os fatores protetores seriam pais calorosos e apoio paterno, boas relações entre pais e filhos e harmonia e compreensão parentais. Garmezy e Masten referem como fatores extra - familiares a rede de apoio social (avós, pares, etc.) e as experiências de êxito escolar e salientam que a educação para a resiliência deve começar na infância.

Os fatores de proteção acima referidos têm natureza diferente: alguns são internos e dizem respeito aos recursos próprios do sujeito, ao passo que outros dependem de uma interação com o meio ambiente. Cabe salientar que todos os sujeitos não dispõem dos

mesmos fatores de proteção e nem fazem deles o mesmo uso e se apresentam em diferentes estádios de desenvolvimento.

Resultados de estudos retrospectivos com pessoas consideradas resilientes apontam para a importância de crenças e significados, esperança, espiritualidade e sentido de vida, aliado à visão otimista de futuro, como fatores que influenciam no processo de avaliação dos eventos stressores, de busca de recursos e do aprendizado com a experiência (McCubbin *et al.*, 1996; Walsh, 1996, 1998, Souza, 2006; Regalla, 2007). O otimismo (Li *et al.*, 2007) já se mostrou como fator de resiliência em populações de risco.

Altos níveis de inteligência, baixos níveis de comportamento antissocial do indivíduo e dos pais aumentam a capacidade de ser resiliente (Jaffee *et al.*, 2007). Da mesma forma, vínculos sociais e competência pessoal se associam com maior resiliência (Lussier *et al.*, 2007). O suporte da comunidade também aumenta a resiliência (Greeff e Holtzkamp, 2007).

Atualmente, os estudos sobre os fatores protetores tendem a enfatizar o processo de formação da *resiliência*, num progressivo abandono das abordagens que tratavam mais dos fatores de risco. Procura-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades, numa perspectiva otimista, através de ações e programas que têm por objetivo promover o bem-estar da criança e do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (Munist *et al.*, 1998; Bloom, 1996; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001, Schenker (2005).

Cada vez mais a investigação se dirige a variáveis associadas com a resiliência, pela sua possibilidade de atenuar o impacto dos fatores de risco. Vários autores Matos (2005 ab), Mangham, McGrath, Reid & Stewart, 1995a,b; Wang, Reynolds & Walberg, 1995 referem vários fatores contribuindo para uma atitude resiliente: as competências pessoais (bom nível de competências sociais, bom relacionamento interpessoal, boa capacidade de empreender e concretizar tarefas e resolver problemas, maior capacidade para planejar e modificar circunstâncias, talentos especiais), e ainda o apoio ambiental (apoio de pares, pais e professores, um ambiente da escola que apele à participação dos jovens embora mantendo um elevado nível de exigência).

Esta mudança de foco, com uma importância crescente atribuída aos fatores protetores é importante, até porque há muitos fatores de risco que não podem ser facilmente alterados ou removidos, e uma estratégia opcional para a prevenção será aqui o robustecimento de fatores de proteção.

Andreucci (2008), Siqueira e Dell’Aglio (2007), Yunes (2001), Grotberg (1993ab), Lindström (1998, 2001) e Garnezi (1993), têm vindo a salientar a importância de se atuar não só a nível dos fatores de risco, mas também a intervenção ao nível dos fatores de proteção, tais como a aposta na promoção da autoestima, do autoconceito, do desenvolvimento de competências pessoais e sociais e no lidar adequadamente com as emoções próprias e dos outros. Tais fatores de proteção foram marcos importantes na construção, elaboração e na implementação do programa por nós delineado e aplicado.

Os estudos da resiliência têm sido focalizados nos fatores de risco e de proteção. No entanto, recentemente a promoção da resiliência vai na perspetiva de dotar o indivíduo de recursos e estratégias que lhe permitam lidar com os seus problemas e adversidades da vida. A partir daí surgem os Programas de Aprendizagem Sócio - Emocional, que serão descritos no próximo capítulo.

A partir das pesquisas de Michael Rutter, Emil Werner, Ruth Smith, e ainda de importantes nomes como Norman Garnezy, Ann S. Masten, Suniya Luthar e outros, referidas por Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011), surgiram várias constelações temáticas e conceituais que passaram a fazer parte dos relatos empíricos — e até os dias de hoje exercem uma forte influência no discurso científico, tais como: invulnerabilidade, *stress*, *coping*, *empowerment*, *burnout*, competência social, os quais, para melhor compreensão do fenómeno da resiliência, merecem considerações especiais.

Stress, Coping, Burnout e Empowerment

Vale ressaltar que foi somente em 1929, após os trabalhos do fisiologista Cannon, a reação de *stress* passou a ser compreendida enquanto um fenómeno relacionado à interação corpo-mente. Atualmente o conceito de *stress* ocupa um lugar de destaque na Medicina, quer na Psicologia.

Segundo o dicionário Houaiss on line, *stress* é " estado gerado pela perceção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, levam o

organismo a disparar um processo de adaptação caracterizado pelo aumento da secreção de adrenalina, com várias consequências sistêmicas; Para o Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora on line, é “ conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho; tensão, pressão.

Metzker (2011), ressalta que o interesse médico pelo *stress* remonta a Hipócrates (470-377 a.C) mas, somente em 1929, a reação de *stress* passou a ser compreendida enquanto um fenômeno relacionado à interação corpo-mente.

O termo *stress* foi publicado pela primeira vez em 1936 pelo médico Hans Selye na revista científica *Nature*. Hans Selye, médico canadense considerado o “pai da stressologia, ao longo de quatro décadas de pesquisas (1936-1976), de acordo com Silvestre (2009) descreveu o *stress* como uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido aos agentes stressores (*síndrome de adaptação geral*, e caracterizada pela existência de três fases:

1. *Reação de alarme* - Decorrente da ativação do sistema nervoso simpático em que o corpo fica pronto para enfrentar o desafio;
2. *Resistência* - O corpo mantém-se ativada, num grau menos intenso, de forma a manter seus recursos disponíveis para o embate;
3. *Exaustão* - Por a manter-se ativado por um período mais longo do que aquele que consegue suportar, o organismo entra em exaustão e torna-se vulnerável. Os principais sintomas são a queda na capacidade de pensar, de lembrar e de agir, como também na capacidade de resposta do sistema imunológico.

Selye é preciso quando define *stress* como síndrome e denomina de stressores os agentes com características de produzir o stress no indivíduo.

Verificam-se que em geral os conceitos de *stress* sempre são inspirados na definição de Selye (1959) e tem evoluído, até certo ponto, em conformidade com o contexto histórico. Vieira (2009), Lazarus e Launier (1978), definem o *stress* como qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ao sistema social ou tecidual. Os avanços teóricos no conceito e abordagem do *stress* levam em conta a capacidade do indivíduo em

controlar as repercussões fisiológicas decorrentes do efeito desencadeado pelos agentes stressores, utilizando-se, para isso, de estratégias de avaliação da situação de stress, onde o sujeito, através de um processo cognitivo interage com o meio.

No contexto escolar brasileiro salientam-se os estudos sobre stress realizados por Lipp (2012) e seus colaboradores, que destacam as características iniciais universais que sinalizam o indivíduo com *stress*: taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar em alerta, características essas que com o passar do tempo tendem a individualizar-se e diferenciar-se, de acordo com as características genéticas de cada ser. Costa (2008) descreve a avaliação da emoção como produto da razão, com regras lógicas sujeitas a análises científicas no processo do *stress* e que a maneira como se avalia uma situação determina a reacção emocional no processo do stress. Sendo assim, a "maneira como avaliamos um acontecimento determina como nós reagimos emocionalmente".

Os sintomas físicos mais comuns do *stress* são: fadiga, dores de cabeça, insónia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontram-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (Ribeiro, 2011; Filgueiras, 2002).

O termo *coping* não tem sido traduzido para o Português, pois não existem palavras equivalentes para definir este conceito

Ao perceber a situação stressante (problema), a pessoa experimenta uma sensação emocional desagradável, buscando adotar estratégias que minimizem seu sofrimento.

O *coping* tem sido descrito e estudado enquanto um processo cognitivo através do qual os indivíduos lidam com situações de stresse e problemas no seu quotidiano e pode ser compreendido a partir das estratégias focalizadas no problema e das estratégias centradas na emoção (Antoniazzi, 2009; Peres (2009) e Vivan (2009)).

As estratégias focadas no problema têm como objetivo analisar e definir a situação, seus custos e benefícios, e nas alternativas para resolvê-la. É feito um esforço para agir contra o *stress* em si a fim de modificá-lo. Um exemplo seria estudar mais para um segundo teste escolar, quando o desempenho não foi tão satisfatório no primeiro.

Inclui estratégias que afetam o ambiente e o sujeito. As estratégias que afetam o ambiente tentam modificar o stressor através de mudanças nas pressões externas, nos obstáculos, nos procedimentos, nos recursos, etc. Já as estratégias que afetam o sujeito incluem mudanças nas aspirações dos indivíduos, na busca de canais de participação alternativos, procuram desenvolver novas formas de conduta e ainda a aprendizagem de novos procedimentos e recursos.

As estratégias centradas na emoção são usadas pelos indivíduos quando percebem que os stressores não podem ser modificados, e que têm de continuar agindo com eles e podem ser consideradas como processos cognitivos responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerados por uma situação stressante. O propósito é manter a esperança e o otimismo, negando as situações e suas consequências, ou a levar o indivíduo a atuar como se não importasse as circunstâncias. Essas estratégias incluem a esquiva, a culpabilidade, o escape, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e a extração de aspectos positivos de acontecimentos negativos. Pode ser ainda definido como um esforço para regular e aliviar o estado afetivo associado ao *stress* ou resultante do evento stressante. Um bom exemplo seria o sair para correr diante de uma situação que gere medo. Tais esforços visam a reduzir a sensação física desagradável provocada pelo *stress*, a fim de modificar o estado emocional. No caso de crianças, observa-se o uso de estratégias de *coping*, geralmente, focalizadas na emoção, na maioria das vezes, elas dispõem de recursos mais precários ou menos sofisticados para lidar com stressores. Tais situações para criança estão fora do seu controle direto, dependendo de seus pais e cuidadores, família e/ou professores (Raimundo, 2006).

Os fatores situacionais influenciam as respostas de *coping* e determinam mudanças nos tipos de estratégias utilizadas. O contexto é fundamental na escolha das alternativas e recursos para lidar com os problemas.

Ainda segundo Barros (2010), as estratégias de *coping* são antecipadas por mecanismos de avaliação pessoal e ambiental. A pessoa ativa processos cognitivos para identificar a situação crítica com a qual se depara, checka suas condições atuais, as suas experiências eficazes e ineficazes anteriores, o nível e grau de risco envolvido nesta experiência e analisa os recursos disponíveis e as alternativas possíveis para lidar com o

problema. O processo de *coping* envolve quatro conceitos principais: a interação da pessoa com o ambiente; o administrar a situação stressora; pressupõe a noção de avaliação e percepção da pessoa focalizada; e, uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para administrar, reduzir, minimizar ou tolerar as demandas internas e/ou externas, que emergem na interação pessoa-ambiente (Grassi-Oliveira, 2008). O processo de *coping* pode variar quando o problema é percebido em casa ou na escola, por exemplo. Nestes ambientes, as diferenças se relacionam, basicamente, aos diferentes tipos de relações interpessoais nas quais coexistem questões de hierarquia e poder.

Os sistemas de formação educacional deverão valorizar o desenvolvimento do sujeito, no sentido de preparar os seus participantes para um maior controle do *stress*, lidando adequadamente com as estratégias de *coping* (conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes) e de promoverem o indivíduo resiliente, ao longo de todo o desenvolvimento co-extensivo à duração de vida (Leal, 2011; Pinheiro, 2004; Pereira, 2001).

Para Antoniazzi (2011), o *coping* é um episódio constituído por uma resposta, um objetivo intrínseco e um resultado. A mesma autora destaca a diferença entre estilos e estratégias de *coping*. O estilo remete à tendência consistente de resposta a um evento stressante ao passo que as estratégias são aos processos de se lidar com os agentes stressores, na forma de comportamento ou pensamento.

Para Pires (2006) e Tamayo (2002), por exemplo, o *coping* é um processo dinâmico de esforços determinados para a resolução das dificuldades e das demandas exigidas para o ajustamento do organismo. Além disso, o *coping* é um constructo multidimensional que envolve uma grande variedade de estratégias cognitivas e stressantes ou para aliviar os seus efeitos adversos (Antoniazzi, 2009).

Segundo Matos (2011) e Schenker (2005), a forma como o indivíduo lida com as adversidades, em psicologia, é chamada *coping*, termo que agrega o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas diante de circunstâncias adversas ou stressantes. O *coping positivo* é construído ao longo do tempo e do processo de crescimento e desenvolvimento individual. Tal como a resiliência, as estratégias de *coping* dependem de atributos individuais, familiares e ambientais para se consolidarem no indivíduo.

O estudo das estratégias de *coping* com o stress tem uma história de mais longa data do que com o *burnout* e, consequentemente, com a exaustão emocional. Após uma revisão de literatura que aborda a relação entre *burnout* e *coping*, Mazon (2008) concluiu que o uso de estratégias de *coping* de controlo ou centradas no problema previnem o desenvolvimento do *burnout*, e que a utilização de estratégias de escape, evitação ou centradas na emoção facilitam a sua aparição. A disponibilidade de recursos de *coping* modera a relação entre os stressores e a exaustão emocional (Guimarães et al, 2005).

O termo *burnout* surgiu na década de 70, e foi usado por Freudenberg para descrever um sentimento de fracasso e exaustão causados por desgaste excessivo de energia e recursos (Bianchini, 2011; Kitze e Rodrigues, 2008) e está relacionado ao trabalho. No *burnout*, as coisas já não têm mais importância e qualquer esforço parece inútil. (Bottega, 2007). É um conceito multidimensional e envolve três componentes: a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de envolvimento no trabalho (Carlotto, 2006).

Dela Coleta (2007) descreve que um nível baixo de *burnout* permite ao indivíduo enfrentar as situações stressantes de forma ativa e direta, ao passo que um nível alto de *burnout*, pode diminuir a energia do sujeito para lidar com as situações de forma ativa, levando-o a adotar comportamentos passivos e indiretos.

A exaustão emocional é caracterizada por uma falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos. A despersonalização, trata os clientes, colegas e a organização como objectos e a diminuição da realização pessoal no trabalho leva o trabalhador a se autoavaliar de forma negativa. As pessoas sentem-se infelizes consigo próprias e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional.

Lima (2011) pontua que, nas várias definições do *burnout*, embora com algumas questões divergentes, todas encontram no mínimo cinco elementos comuns: existe a predominância de sintomas relacionados a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos; os sintomas do *burnout* são relacionados ao trabalho; os sintomas manifestam-se em pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome

e a diminuição da efectividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Na perspectiva de Carlotto (2007), o processo do *burnout* é individual e sua evolução pode levar anos e até mesmo décadas. Seu surgimento é paulatino, cumulativo, com incremento progressivo em severidade (França, 1987; Mazon, 2008), não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar estar acontecendo algo de errado com ele (França, 1987; Rudow, 1999; Carlotto, 2007). As profissões mais vulneráveis são geralmente as que envolvem serviços, tratamento ou educação, tais como medicina, enfermagem, educação, psicologia, mas se estende a qualquer funcionário que possua certo nível de interrelacionamento pessoal, seja com clientes, consumidores, usuários, colegas e chefias. (Lima, 2011).

De acordo com Costa (2003), o *burnout* pode atingir diferentes profissões e quaisquer faixas etárias (Chaves Júnior, 2010; Costa 2003). Para Navegantes (2012), o *burnout* se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional, em consequência da má adaptação do sujeito a um trabalho prolongado, stressante e com intensa carga emocional, podendo estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho. As pesquisas sobre o *stress* associam *burnout* ao meio ambiente de trabalho, enfocando a frequência, intensidade, características, exposição prolongada aos agentes stressores e ao processo crónico do stress, levando o sujeito à exaustão física e psíquica.

Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de diversos e distintos campos de conhecimento. Ödwyer (2007), Tavolaro *et al.* (2007) descrevem o *empowerment* como uma ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades em ganhar controlo sobre suas vidas, tanto na comunidade como na sociedade como um todo e os programas educacionais contínuos visando ao *empowerment*, envolvendo todos os profissionais desse setor de trabalho contribuem para a melhoria da qualidade de vida.

Jardim e Pereira (2006) referem-se ao *empowerment* como um processo multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem controlo sobre as suas próprias vidas, aumentando a capacidade de realização pessoal tendo em vista a melhoria das suas

qualidades de vida e das suas comunidades, promovendo processos de mudanças das suas condições sociais e culturais.

Tesser (2009) categoriza dois tipos de *empowerment*: o psicológico e o comunitário. O *empowerment* psicológico é definido como um sentimento de maior controlo sobre a vida que os indivíduos apresentam quando pertencem a certos grupos, sem que haja necessidade de que as pessoas participem de acções políticas coletivas. Esse indivíduo como "*comedido, independente e auto - confiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio*", com o fortalecimento da autoestima e da capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade (Carvalho, 2004).

Tesser (2009) caracteriza ainda o *empowerment* comunitário que toma por base uma noção de poder como recurso, material e imaterial, distribuído desigualmente na sociedade, em grupos diversos, no qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do *status quo*. Para os teóricos do "*empowerment*" comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses, com níveis diferenciados de poder e de controlo sobre os recursos, onde processos de "*empowerment*" impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem.

Neste enfoque supõe-se alto teor de *empowerment* psicológico, mas, além disso, fatores associados a distintas esferas da vida microsocial (apoio social, compartilhamento de projetos e interesses pessoais e comunitários, aprendizado social, político e de consciência crítica com essas experiências) e macrosocial (ação coletiva, política e cultural, crítica social etc.) se fazem presentes, e enriquecem a perspectiva político-filosófica de forma coerente com valores de solidariedade, justiça, liberdade, fraternidade, redistribuição de poderes excessivamente concentrados. Este significado ampliado é convergente com uma perspectiva emancipatória e solidária, que necessita ser desenvolvido, ampliado e fortalecido.

Em termos genéricos, pode-se definir o "*empowerment*" comunitário como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um

acúmulo, ou desacumulo de poder ("*disempowerment*") no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. Observa-se a presença de fatores situados em distintas esferas da vida social, onde estão presentes microfatores encontráveis no plano individual, como por exemplo o desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima; na mesosfera social encontramos estruturas de mediação nas quais os membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam a sua consciência crítica; ao nível macro de fatores há estruturas sociais como o estado e a macroeconomia.

Não é possível pensar, por exemplo, em processos de "*empowerment*" comunitário sem levar em conta as demais instâncias de funcionamento da vida em sociedade, entre as quais: a intrapsíquica, a intersubjetiva, a familiar, a comunitária, a étnico-cultural.

Carvalho (2004) considera ainda que um aspeto central do "*empowerment*" comunitário seja a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política. O "*empowerment* comunitário" pode ser considerado, portanto, como um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Indica processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

Competências Sociais

Segundo Ramirez (2009), a competência social é uma característica individual que leva em conta a interação do indivíduo com os integrantes dos outros dois fatores: a família e outras pessoas significativas e descreve que essas habilidades sociais oferecem ferramentas para o entendimento de quais comportamentos são apropriados para determinadas circunstâncias e o esforço no sentido de adequar o comportamento à situação. Molina e Del Prette (2007) complementam que elas são hábeis para entender as normas sociais, para a interação com pares e adultos, e hábeis para regular suas emoções, especialmente, as emoções negativas. Siqueira e Dell’Aglio (2006) definem a

competência social como a capacidade da pessoa para apresentar um comportamento que possa atingir os objetivos de uma situação interpessoal, mantendo uma relação com o interlocutor através de equilíbrio de poder e de trocas positivas. Além disso, também destacam a importância de desenvolver características positivas para o crescimento pessoal, como autoestima, e o respeito pelos direitos humanos socialmente estabelecidos. (Silva, 2009).

Poder-se-ia definir ainda a competência social como a maneira como o indivíduo interage com os eventos de vida, tanto num sentido de resolução de problemas, como num sentido de auto-realização. Del Prette (2006) destaca a confiança otimista nas pessoas e no mundo; a auto-eficácia, a autoavaliação positiva e controle dos eventos de vida pessoal e a iniciativa, através do estabelecimento de objetivos realistas e esforços no sentido de alcançá-los como características importantes para a competência social.

Entre os pesquisadores do tema, parece haver concordância no que toca à importância da interação entre dois fatores que favorecem a competência social: as características individuais e as estratégias utilizadas para a adaptação ao ambiente. A interação entre esses fatores e os recursos disponíveis no ambiente, como o apoio familiar e social contribuem para que a pessoa obtenha resultado positivo na luta contra a adversidade. (Barros, 2010).

Autoajuda, Autoestima e Auto-eficácia

De acordo com a Infopédia, a *autoajuda* é o procedimento que consiste em fazer uso dos próprios recursos para atingir objetivos práticos ou resolver dificuldades, ou ainda, uma série de orientações e conselhos que têm por fim permitir esse procedimento. Segundo Turmina (2009) a genealogia do discurso da autoajuda é atribuída ao médico escocês Samuel Smiles (1812-1904) que em 1859 publica *Self-Help*, editado no Brasil em 1880, obra que pode ser considerada a mais importante de suas publicações e que dá início à literatura de autoajuda e a uma série de tratados sobre a conduta humana nas relações de trabalho. Além disso, ele proferia palestras divulgando suas ideias sobre o desenvolvimento do caráter pelo cultivo do hábito, da autoajuda, do valor da educação pelo trabalho e da importância das biografias como modelos a serem seguidos, estas última constituía o recurso pedagógico utilizado pelo autor para se comunicar e repassar

seus aconselhamentos. Em sua concepção, competia ao homem a autonomia de condução de sua vida.

Em matéria intitulada “O alto-astrol da autoajuda”, publicado na Revista Veja de 13 de novembro de 2002, destaca-se o aumento no número de pessoas que, surpreendentemente, elevam os índices de consumo de livros, palestras e cursos do gênero. A explosão da autoajuda, segundo dados da revista, revela que o segmento cresceu mais de 700%, sendo que só em 2001 foram vendidos cerca de 3,4 milhões de livros desse gênero. Já em 2008, de acordo com Cavallera (2009), a maioria dos best-sellers do mercado editorial vendeu 50 milhões de exemplares.

Retomando Turmina, em algumas empresas, ler livros ou assistir a palestras de autoajuda representa uma iniciativa que visa à ‘qualificação’ para os trabalhadores, uma vez que as pessoas podem ser dispensadas a qualquer tempo, e têm a necessidade de se repensar o que fazer, como fazer, ou seja, é preciso rever atitudes, comportamentos e relacionamentos, para poder agir num mercado de trabalho cuja característica principal é a seletividade e a descartabilidade.

O termo autoajuda pode ser referido no indivíduo, que procura o esforço e o aperfeiçoamento espiritual, intelectual e emocional de forma individual e também no grupo, como grupo de apoio, em que todos os participantes se ajudam mutuamente. As intervenções que estimulam a auto-ajuda promovem a resiliência.

Já a *autoestima* é compreendida como um juízo pessoal de valor e pode ser externado nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo, sendo então uma experiência subjetiva. São pilares da autoestima a percepção que o indivíduo tem do seu próprio valor e a avaliação que faz de si mesmo em termos de competência, sendo esse julgamento pessoal formado desde a infância.

Bandeira (2009) refere que a autoestima, além de estar relacionada ao quanto o sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso é externada nas crenças pessoais sobre as suas habilidades, capacidades, relacionamentos sociais e acontecimentos futuros e diz respeito à forma como o sujeito elege suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro e estabelece suas expectativas e projetos.

Na perspectiva de Miranda (2008), não é linear e nem absoluta e transita pelo negativo e positivo. Compreende os aspectos cognitivos, emotivos e comportamentais e está relacionada com a intensidade e a qualidade das interações com o meio social.

De acordo com Fontes (2012) e Yassuda, Lasca e Neri (2005) referem-se ao conceito da *autoeficácia* refere-se à avaliação que um indivíduo faz da sua habilidade de realizar uma tarefa dentro de um certo domínio. O nível de confiança do indivíduo nas suas habilidades é um forte motivador e regulador dos seus comportamentos. Portanto, o indivíduo que percebe a capacidade que tem para realizar uma determinada tarefa, faz um esforço maior para a realizar, tem maior motivação para a concluir e persevera mais tempo na sua realização do que um indivíduo com baixa autoestima.

Nunes (2009) destaca que as crenças de autoeficácia se originam de quatro fontes primárias: experiências pessoais, aprendizagem vicária, persuasão verbal e indicadores fisiológicos. A experiência pessoal, ao ser acompanhada por sucesso na execução da tarefa, leva a um aumento da crença de autoeficácia, uma vez faz com que as experiências funcionem como fontes autênticas para a crença na própria capacidade para realizar certas ações. Já a aprendizagem vicária é proporcionada por meio da observação do comportamento de outras pessoas, como por exemplo, quando uma pessoa considerada como “semelhante” na habilidade em questão (exemplo: leitura) possui um bom desempenho, isso deve elevar a crença de auto-eficácia do observador. O contrário também pode acontecer quando pessoas semelhantes enfrentam fracassos sucessivos em dada atividade. Através dos *feedbacks* sobre o desempenho da pessoa em determinada tarefa, obtém-se a persuasão verbal, que podem encorajar ou desencorajar o sujeito. Por fim, os indicadores fisiológicos envolvem a observação e a interpretação de reações fisiológicas das pessoas ao realizar certas ações, sendo possível estabelecer padrões de comportamento, como, por exemplo, ansiedade ou estado de ânimo positivo.

Competência e adaptação face à adversidade

Sousa (2008) relata que atualmente o ser humano de qualquer faixa etária é confrontado com situações adversas, que exigem grandes mudanças, além de uma maior flexibilidade cognitiva e que para que isso ocorra é necessário a aquisição de novas competências através de um processo dinâmico, composto por numerosos obstáculos de vária ordem, tais como o background familiar, social e destaca que para que uma criança, um jovem ou adulto seja resiliente é necessária a procura o aumento gradual das

competências de confronto face à adversidade, socorrendo-se de todos os recursos pessoais: biológicos, psicológicos, e contextuais existentes.

De acordo com Motta e Aguiar (2007) ser competente é ter capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes. Habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito, capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional e capacidade de mobilizar saberes como o saber-fazer, saber - ser, saber-agir e por fim, capacidade para resolução de um problema.

Para Oliveira (2005) competência face à adversidade é a capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de consequências positivas para si e para os outros. Para que isso ocorra, algumas habilidades são indispensáveis ao funcionamento adaptativo, neste caso das crianças, como o auto-controlo e expressão emocional, civil, empatia, assertividade, fazer amizades, solução de problemas interpessoais e habilidades sociais académicas.

Quanto à *adaptação face à adversidade*, Resende (2007) e Pakenham (2005) propuseram que a adaptação positiva em face da adversidade envolve uma tentativa de encontrar sentido num evento traumático e achar algum benefício nesta experiência. A pessoa percebe um sentido em sua vida presente e passada, tem crenças que dão propósito à vida, acredita que a vida é significativa e, com todos os obstáculos, ainda encontra motivos para continuar a viver.

Oliveira (2006) descreve o sujeito como um ser biopsicossocial em constante interação com o ambiente em mudança, podendo elaborar mecanismos de defesa e de resolução de problemas, que irão desencadear respostas adaptativas ou ineficazes. O indivíduo interage com o ambiente, que está em constante mudança, na tentativa de conseguir adaptação e saúde. Portanto, uma boa interação entre o indivíduo e o ambiente promove a adaptação.

Sereno (2011) dá como exemplo de adaptação à adversidade no período da adolescência, a transformação do próprio corpo, a conquista da autonomia, construção de novas relações interpessoais, a progressão académica ao se sentir útil para os outros e se sentir valorizado perante a sociedade como exemplos de desafios a serem superados nessa fase. (Simões, 2007).

Woyciekoski (2009) analisa o interesse pelo tema da inteligência emocional, numa visão de que as competências emocionais são cruciais para adaptação e aborda o

interesse de escolas e em ambientes de trabalho em programas de aprendizagem social e emocional.

As escolas que devem preparar os alunos não só para passar nos testes escolares, mas também para passar nos testes da vida estão a descobrir que os conhecimentos académicos e as competências emocionais estão mesclados, que as instruções em ambas as áreas maximizam o potencial dos alunos para serem bem-sucedidos na escola e também em suas vidas.

De acordo com Oliveira (2008), numa pesquisa realizada pela Folha de São Paulo, no dia 7 de Janeiro de 2007 e pelo Jornal o Globo de 4 de Abril de 2007, apontam a desmotivação e o desinteresse como sendo as maiores causas de evasão escolar”.

2.4. Programas de Aprendizagem Emocional e Social

Murta (2007) analisa que a literatura internacional produzida sobre programas de intervenção e prevenção a problemas emocionais e comportamentais, dirigidos a crianças e adolescentes tem registado um considerável aumento de publicações conceituais e empíricas e descreve uma análise feita por Kulic, Horne e Dagley (2004) como tendo efeitos benéficos sobre a redução de problemas sociais e emocionais e aumento de competências em crianças e adolescentes e seus efeitos são superiores àqueles das condições controlo. A mesma autora refere ainda a escassez de estudos nacionais que descrevem a implementação de programas preventivos e a avaliação de sua efetividade e relata ainda que os programas preventivos podem ter metas a curto prazo (metas proximais) ou a longo prazo (metas distais) e cita como exemplo que um mesmo programa pode ser planeado para aumentar a empatia e a aceitação entre os pares (metas proximais) e reduzir conduta anti-social e evasão escolar (metas distais) (Ladd, Herald, Slutzky & Andrews, 2004).

Quanto à população estes programas podem ser classificados em programas universais, seletivos ou indicados. Os programas universais são dirigidos a todos os indivíduos de uma dada comunidade, independente do grau de exposição ao risco ou sintomas apresentados e possuem a vantagem de evitar a estigmatização ao não discriminar crianças e adolescentes ‘problemáticos’ dos ‘não problemáticos’ e facilitar o

recrutamento, já que dispensa a seleção dos participantes de acordo com o grau de exposição ao risco ou gravidade de sintomas.

Os programas seletivos são aqueles destinados a crianças ou adolescentes expostos a riscos ou transições de vida estressoras, como por exemplo, filhos de pais alcoolistas, filhos de pais divorciados e filhos de mães primíparas. Já os programas indicados são focados em crianças e adolescentes que já estão manifestando sintomas iniciais ou moderados de desajuste, como estresse pós- traumático, transtorno de conduta e depressão.

Ao nível da intervenção os programas podem ser centrados no sujeito ou no ambiente. Com relação ao tipo de abordagem técnica empregada, grande parte dos programas empregava técnicas comportamentais e cognitivas, como ensaio comportamental, modelagem, treino assertivo, auto-controlo e solução de problemas.

Formas não diretivas de aconselhamento e discussão em grupo também foram usadas em alguns estudos, mas se mostraram menos efetivas do que os estudos que usaram técnicas comportamentais e cognitivas e devem ser baseados em teorias, devem contar com o apoio e colaboração dos pais, educadores e membros da comunidade como parceiros no planejamento, implementação e avaliação dos esforços e devem ser baseados em evidências empíricas, além de serem monitorizados e seus resultados serem avaliados ao longo do tempo.

De acordo com o Centro Nacional para as Estatísticas Educacionais dos Estados Unidos (2002), entre as principais razões citadas pela evasão escolar nas escolas, muitas envolvem os fatores emocionais e sociais: não dar-se bem com os professores ou pares (35% e 20,1%, respectivamente), sentir-se esquecido (23,2%), e não se sentir seguro (12,1%). Para melhorar esse quadro se faz necessário um Programa de Aprendizagem Social e Emocional. (Pinto, 2011; Zins & Elias, 2007).

Para a CASEL (*Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*), a Aprendizagem Social e Emocional é o processo de adquirir e efetivamente aplicar os conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para reconhecer e administrar as emoções, desenvolver afeto e interesse pelos outros; tomar decisões com responsabilidade; estabelecer relações positivas e lidar com as situações de mudança habilmente (2003). Essa entidade realizou uma Conferência em Nova Iorque em Dezembro de 2007 à respeito desse tema, que contou com a presença de autoridades na

área, além de George Lucas, conhecido realizador, fundador da Edutopia, uma Fundação que ensina os alunos a aprenderem as habilidades académicas, além de praticar e aplicar as habilidades adquiridas de aprendizagem social e emocional de maneira positiva e atraente dentro e fora da sala de aula, ao longo do tempo para serem dirigidas para as situações de relações sociais, de cidadania e de saúde. (Buchanan, 2009; Elias et al., 1997).

A aprendizagem social e emocional desenvolveu-se largamente a partir das pesquisas em prevenção e resiliência (ver *Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence*, 1994) e o interesse na aprendizagem social e emocional teve seu início em meados da década de 90, com a publicação da *Inteligência Emocional* de Goleman (1995) e nas *Inteligências Múltiplas* de Gardner (1993).

As aulas dos Programas de Aprendizagem social e emocional deverão estar inseridas em contextos de afeto, segurança, boa administração, uma classe participativa, na escola e outros ambientes de aprendizagem e as habilidades aprendidas reforçadas na escola, em casa e pela comunidade, dentro de um contexto de sistemas de apoio que fornecesse um serviço contínuo e compreensivo baseado nas necessidades do aluno, que pudesse apoiar o desenvolvimento académico, social - emocional de todos. A educação emocional e social sistemática deve começar na educação infantil e continuar até o liceu, intencionalmente ligado ao ensino académico, e ser um componente integral do *curriculum* escolar (Neves, 2008; CASEL, 2003; Greenberg et al., 2003; Elias et al., 1997), uma vez que atualmente, as crianças enfrentam inúmeras situações que podem ter um efeito negativo no seu desenvolvimento académico, social – emocional e na maneira de ser feliz na vida, como por exemplo, questões relacionadas a aborto, imigração, definição de casamento e família, terrorismo, injustiças entre os mais ricos e os mais pobres, abusos sexuais, pedofilia, líderes mundiais ou ícones sendo levados à prisão por comportamentos anti – éticos ou ilegais.

As gerações anteriores de pais não tinham de se deparar com a Internet e os *chat rooms* e os *sites* pornográficos.

Os *videogames* não eram tão violentos e a média não apresentava tantas mensagens de comportamentos não saudáveis.

As crianças não tinham eventos agendados para todos os dias da semana, de manhã até à noite e até mesmo nos finais de semana.

Nos dias atuais, as oportunidades para se engajar em comportamentos negativos aumentam. Mais do que nunca os estudantes são defrontados com a incerteza no seu cotidiano e nos seus futuros, e muitos sentem insegurança, falta de liberdade, desilusão e até mesmo medo. Por todas essas razões, os programas de aprendizagem social e emocional são talvez mais importantes agora do que nunca como componentes essenciais da transformação da escola (Neves, 2008; Zins, Walberg, & Weissberg, 2004).

O desenvolvimento das competências sociais – emocionais é a chave para o sucesso escolar e na vida. É de conhecimento geral que as emoções afetam como e o que aprendemos, que as relações afetuosas provêm a base para a educação duradoura e que importantes habilidades e conhecimentos sócio – emocionais podem ser ensinados. As pesquisas mostram os efeitos positivos através do desenvolvimento dessas competências sociais na performance acadêmica trazendo benefícios para a saúde do corpo, melhor cidadania, sendo essencial ao sucesso ao longo da vida ao reduzir o risco de má adaptação, relações fracassadas, violência interpessoal, abuso de substâncias e infelicidade (Neves, 2008; Elias et al., 1997; Zins, Weissberg et al., 2004).

Reinas (2011) e Weissberg (2007) relacionam as cinco competências chave de um Programa de Aprendizagem Emocional:

Autoconsciência: A identificação e reconhecimento das próprias emoções, da sua própria força e dos outros, senso de auto-eficácia, auto – confiança.

Consciência social – Empatia, o respeito pelos outros.

Responsabilidade na tomada de decisão – Avaliação e reflexão, e responsabilidade pessoal e ética.

Auto-regulação - Controlo dos impulsos, controlo do *stress*, persistência, estabelecimento de metas e motivação.

Habilidades de relação - Cooperação, procura de ajuda e comunicação sendo que os contextos são estruturados de modo a encorajar os alunos a explorarem e tentarem novas atividades de aprendizagem, dando-lhes acesso fácil às oportunidades de expressar as suas necessidades pessoais e problemas, e apoiando-os para que estabeleçam relações positivas com os pares e com os adultos. Como resultado, os alunos sentem-se seguros e não têm medo em cometer erros. Existem relações de reciprocidade entre as habilidades das aprendizagens emocionais e sociais e o ambiente escolar. O ambiente de uma escola positiva promove as aprendizagens sociais e emocionais e essas aprendizagens facilitam

um clima de apoio. Porque o crescimento académico, social e emocional é independente, o resultado é um progresso em simultâneo em todas essas áreas.

Apresentamos, a seguir, alguns efeitos positivos encontrados em programas de intervenção na área da aprendizagem sócio emocional, retirados do texto “*Facilitating Success in School and in Life Through Social and Emotional Learning*,” de J. E. Zins, M. J. Elias, e M. T. Greenberg, 2003, *Perspectives in Education*, 21 (4), pp. 59 e 60 e do *Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence* (1994); Elias et al., (1997); Fredericks (2003); and Wilson, Gottfredson & Najaka (2001).

Na escola e na vida, quanto às atitudes temos os seguintes efeitos: maior senso de auto – eficácia; melhor senso da comunidade (vínculo) e a visão da escola como atenciosa; maiores compromissos com valores democráticos; maior motivação académica e aspirações educacionais; maior confiança e respeito pelos professores, melhoria do *coping* em escolas stressoras e aumento na perceção das consequências dos comportamentos; menos faltas e suspensões; redução na agressão, nas ruturas e na violência interpessoal; menos negociações hostis, menores taxas de problemas; melhores habilidades na resolução de conflitos, mais participação nas salas de aula e maior engajamento; grande esforço em adquirir conhecimentos, maior frequência de leitura fora da escola; melhores transições; menos drogas, tabaco, e abuso de álcool e comportamentos de delinquência e a diminuição nas doenças sexualmente transmissíveis, SIDA e suicídio.

Quanto ao desempenho, os alunos apresentaram melhoria na matemática, na linguagem, nas artes e nas habilidades de estudos sociais; maior progresso na consciência fonológica; melhoria na habilidade de aprender a aprender; maiores notas nos testes de conhecimento dos assuntos específicos e sem quedas nas notas; melhor planeamento e resolução de problemas e melhoria no raciocínio não-verbal.

Murta (2007) relata que as avaliações quanto às intervenções identificaram que os participantes se mostraram satisfeitos com os componentes e formato das intervenções, que os programas foram implementados com integridade e que a obtenção de resultados finais satisfatórios estava relacionada a uma quantidade mínima de horas de intervenção recebidas ou frequência ao programa e forneceram informações úteis para interpretação dos resultados finais e para replicação destes programas.

Greenberg (2004) e Mrazek & Haggerty (1994) relatam que, embora muitas pesquisas e as práticas ainda estejam a ser analisadas e tratadas, as investigações empíricas em torno das avaliações dos programas de aprendizagem emocional incluem melhores desenhos dos estudos, uso de manuais de intervenção prontamente reproduzíveis, análises de estudos longitudinais que levem à uma melhor percepção dos processos de risco e proteção e aperfeiçoamentos no conhecimento dos passos e estádios associados com o desenvolvimento dos comportamentos da não adaptação.

Consequentemente, a qualidade do apoio na pesquisa das intervenções preventivas baseadas nas escolas é mais forte que em outras áreas da pesquisa educacional (como por exemplo, educação matemática e desenvolvimento do corpo docente), examinados pelo Instituto das Ciências da Educação do Departamento Americano de Educação (Whitehurst, 2003), embora sejam treinadas menos pessoas do que as necessárias para a disseminação em larga escala.

Recomenda-se que nas escolas que pretendem adotar o Programa haja todo um processo de pesquisa e preparação sistemática dos profissionais atuantes na escola que se empenharão nas atividades que constituem o programa, a busca à fidelidade ao programa original e a sustentabilidade do mesmo.

Murta (2007) lança um desafio aos pesquisadores do futuro: levar a cabo pesquisas de qualidade com poucos recursos financeiros, principalmente no contexto nacional brasileiro.

Há muitos programas revistos disponíveis que ajudam a promover padrões de qualidade para os programas de aprendizagem socioemocional e capacita educadores para comparar e seleccionar os programas apropriados, de acordo com as necessidades locais e a efectividade, objetivos, técnicas de intervenção, pontos fortes e limitações, custos e assim por diante. De acordo com Zins (2007), há um guia: *Safe and Sound: An Educational Leader's Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs* (CASEL, 2003) que contém as revisões de 80 programas com 17 variáveis de interesse, que incluem as cinco habilidades dos programas de aprendizagem sócio emocional listadas anteriormente.

Para estar incluído nessa revisão, o programa tem de ter como base a escola e ter educação geral; ser dado em vários anos, instrução sequenciada ou uma estrutura

organizacional para promover lições entre os primeiros anos; ser sistemática e inclusiva; ter pelo menos oito lições de um ano de programa.

Estes programas foram avaliados nos efeitos da efetividade; bem como as cinco competências – chave são endereçadas; se incluem apoio escolar, familiar e comunitário envolvidos; e ainda se o desenvolvimento profissional é oferecido. Deste grupo, 21 foram identificados como selecionados, porque atingem os padrões CASEL de instrução de programas de aprendizagem sócio emocional de alta qualidade, apoio ao contínuo desenvolvimento dos profissionais, e evidências de efectividade baseadas em avaliações bem desenhadas.

De entre os programas que incluem métodos para promover a integração dos programas de aprendizagem emocional dentro dos currículos académicos e nas práticas de ensino, 83% produziram ganhos académicos.

Os programas devem estar associados a valores que devem ser apoiados e serem compatíveis com as políticas, práticas e objetivos de cada escola.

As lideranças escolares e as pessoas precisam estar envolvidas na implementação do processo.

Os pais podem ser parceiros verdadeiros ao decidir como será ministrado o programa de aprendizagem sócio emocional aos seus filhos, ao invés de não estarem envolvidos ou serem recetores passivos.

Neves (2008) menciona que, infelizmente, apesar das boas intenções, muitas vezes as intervenções resultam em iniciativas fragmentadas e a curto – prazo, para resolver problemas pontuais sem um conhecimento adequado da missão, prioridades e cultura das escolas como uma das principais dificuldades apresentadas na implementação de programas de aprendizagem social e emocional dentro das atividades escolares, ou ainda as necessidades a que se destinam, não estão suficientemente ligados à missão central das escolas ou a assuntos que os professores e outros técnicos educativos valorizam, principalmente o desempenho académico.

Outra das causas do insucesso dos programas pode ser a ausência de uma forte liderança e apoio dos gestores escolares, uma vez que raramente existe formação adequada dos técnicos e apoio à implementação das intervenções, e os programas são insuficientemente coordenados, monitorizados, avaliados e melhorados ao longo do

tempo, tendo um impacto reduzido no comportamento dos alunos e dificilmente se sustentam.

Zins, Weissberg et al. (2004) enumeram diversas oportunidades para o êxito do programa, tais como introduzir atividades de aprendizagem sócio-emocional no curriculum académico regular (ex. Literatura, História); desenvolver ambientes de aprendizagem apoiante; variar os processos instrucionais (ex: aprendizagem cooperativa); reforçar as habilidades de aprendizagem sócio emocional como parte do curriculum informal (ex almoço, recreio); promover parcerias escola – família – comunidade; empenhar os alunos ativamente no processo de aprendizagem; refletir sobre a aprendizagem sócio emocional na gestão dos comportamentos e disciplinas práticas e políticas; integrar os métodos da aprendizagem sócio emocional nas atividades extracurriculares (ex desportos).

Muitas escolas ultrapassaram essas dificuldades e podem servir como modelos de organização que se envolveram neste trabalho (Zins, 2004; Elias, Arnold, & Hussey, 2002; Elias et al., 1997; Lantieri, 2002).

Outras falam em adaptação às suas realidades, à fidelidade ao programa original e à efetividade. (Botvin, 2004), ao comentar sobre os programas desenvolvidos pelas escolas, relata que estes precisam ser talhados cultural, étnico e para crianças de minoria racial para maximizar a efetividade dos mesmos. Em outras palavras, quanto melhor a parte da cultura se encaixa, mais as perceções da relevância do programa ocorrerão.

Como conclusão, diríamos que os alunos deveriam estar preparados não somente para passar nos testes na escola, mas também terem sucesso ao longo do ciclo de vida.

As competências sócio - emocionais e os conhecimentos académicos estão bem relatados e as escolas efetivas estão a focar esforços em integrar, coordenar as instruções em ambas as áreas para maximizar o potencial dos alunos para que sejam bem-sucedidos na escola e ao longo das suas vidas.

Um crescente número de investigações demonstram que os programas de aprendizagem sócio-emocional baseados na evidência estão associados aos conhecimentos académicos, à saúde, à cidadania, sendo o maior desafio para as escolas como fazer os programas de aprendizagem social e emocional o elemento principal dos curriculum e como implementar um programa que tenha fidelidade de maneira a que seja sustentável.

Programas de Intervenção de Resiliência dos 3 aos 18 anos de idade

A nível de educação, já se começam a evidenciar programas promotores da resiliência em diversas fases da vida, da infância à idade adulta.

Existem vários programas estrangeiros para que se possa ativar e aumentar o grau de resiliência até a fase da adolescência, de entre os quais se destacam o *Devereux Early Childhood Assessment Program* (DECA), da Carolina do Norte, desenvolvido por LeBuffe & Jack A. Naglieri (1999) e o *Strong Kids*, da Universidade do Oregon (Merrell e colaboradores, 2009), o *SEAL*, o *Penn Resilience Project*.

2.4.1. *Devereux Early Childhood Assessment Program (DECA)*

O *Devereux Early Childhood Assessment Program (DECA)* foi desenvolvido por LeBuffe, e Naglieri, da *Devereux Foundation*. (Lewisville, Carolina do Norte, Estados Unidos da América) e tem como público - alvo crianças pré escolares entre 2 e 5 anos de idade.

Trata-se de um programa designado para dar apoio ao desenvolvimento social e emocional das crianças mais novas e para aumentar a qualidade dos programas de educação precoce, através da aplicação de uma escala de avaliação/ classificação padronizada, normativa -referenciada (norm- referenced), que mede a resiliência em crianças em idades pré – escolares (The *Devereux Early Childhood Initiative*, 2008) Apresenta instrumentos de avaliação padronizados, estabelecidos pela *American Psychological Association* (APA) e pela *National Association for the Education of Young Children* (NAEYC). Baseada nos resultados de pesquisas com crianças resilientes, o DECA inclui 3 escalas que medem o *attachment* (ligações, vínculos), o auto – controlo e a iniciativa. Abrange igualmente a parte comportamental.

O *DECA* é para ser completado por um adulto (pelos pais *ou* pelo professor), durante um período de calma, que tenha poucas distrações. As avaliações devem estar baseadas na observação direta da criança; o avaliador não deve considerar

comportamentos observados em outras aulas e considerar os comportamentos que ocorreram nas últimas 4 semanas e evitar comparar as crianças.

Uma aproximação útil e proveitosa é ter resultados de mais de um avaliador/observador. Conhecimento da herança familiar e tradições resultarão em interpretações mais ricas dos dados e sugestões mais úteis para pais e professores para aumentar os factores de proteção da criança. A avaliação deve ser baseada no número de vezes que a criança demonstrou o comportamento, sem comparar o número de vezes do comportamento observado em outras crianças. Um outro observador deve observar comportamentos diferentes em outro ambiente, portanto, os *scores* sempre devem ser interpretados à luz de outras informações (por exemplo, resultados de outro teste, observações de quem fica com a criança – *user*, relatos dos pais ou professores. Um observador deve responder a TODOS os itens. Se um observador não puder responder a todos os itens, outro observador deverá ser usado. O mesmo formulário é usado para os pais e para os professores. O tempo de realização do teste é de 10 minutos.

Os testes estão disponíveis em Inglês ou Espanhol. É um instrumento de avaliação designado para dar apoio ao desenvolvimento social e emocional das crianças mais novas e para aumentar a qualidade dos programas de educação precoce.

Foi normatizada com uma amostra representativa, em todo o território nacional, de 2000 crianças.

O *kit* do Programa *DECA* contém os formulários gravados, um manual técnico, um guia do usuário, um guia com estratégias de classe, um guia para as famílias e um jornal de observações para o planeamento.

2.4.2. *SEAL*

O *SEAL* é um programa de intervenção ao nível da escola primária e oferece um sistema para que toda a instituição possa promover os aspetos sociais e emocionais da aprendizagem: autoconhecimento, gerir as emoções/ sentimentos, motivação, empatia e aptidões sociais. É organizado em sete temas, que podem ser administrados ao longo do ano, referentes a: Novos começos; Progredir e cair; Diga não ao *bullying*; Em busca dos objetivos; Bom ser eu; Relacionamentos; e por fim Mudanças (*Standards site, Department for Children, Schools and Families, 2008*).

Os temas estão interligados, visando a criança como um todo e a sua integração escolar integral. O programa encontra-se organizado em 4 níveis: Estágio Fundamental (*Foundation Stage*); Anos 1 e 2; Anos 3 e 4 e Anos 5 e 6. Compreende igualmente sugestões para as crianças usarem com os seus pais, atividades de desenvolvimento de equipa e oportunidades de aprendizagem em pequenos grupos. Esses temas são revistos todos os anos, permitindo a experiência das ideias e aptidões da cada tema pela criança em todos os níveis considerados.

Os recursos do *SEAL* primário pretendem ser usados com flexibilidade em escolas e ambientes que estejam a desenvolver modelos emocionais e sociais. Algumas escolas podem, por exemplo, escolher endereços sociais e modelos emocionais como tema central.

Por seu lado, o *SEAL* para escolas secundárias, como acontece com as escolas primárias, é um programa que engloba a promoção de aptidões sociais e emocionais, apoiadas numa aprendizagem efetiva, num comportamento positivo, uma frequência regular, na efetividade da equipa e na promoção da saúde mental e bem – estar de todos aqueles que aprendem e trabalham nas escolas.

As aptidões são desenvolvidas, utilizando a perspetiva da escola como um todo para criar o clima e as condições que implicitamente as promovam que as permitam ser praticadas e consolidadas. São ainda dirigidas e focadas oportunidades de aprendizagem em todas as salas (durante o período de apoio tutorial, no curriculum e nas lições formais extra – classe), focando-se no grupo de trabalho.

Utilizam-se técnicas e aprendizagens que facultem aos alunos suporte para aprender os padrões sociais e consolidar o que já foi aprendido. Este programa permite assim, o desenvolvimento pessoal contínuo de toda a equipa da escola.

O programa inclui ainda um folheto e uma ampla escala de recursos adicionais que se encontram no *website* e no CD – ROM, incluindo: Atividades de desenvolvimento da equipa; Estudo de casos; Leituras avançadas e facilitadas; Recursos do Ano 7 – com uma introdução e quatro temas.

Os recursos do *SEAL* permitem facilitar a aproximação sistemática e em espiral da aprendizagem devendo ser encarados como um estímulo ou ponto de partida, mais do que um produto acabado, além de incentivarem a criatividade e a iniciativa das escolas que o utilizam. O material inclui: Um manual de orientações; um poster “ *Getting started*”;

recursos para a escola toda com *photocards*; uma enciclopédia (*assembly*) e uma visão geral; um livro vermelho – para o Estágio Fundamental; um livro azul – para os anos 1 e 2; um livro amarelo – para os anos 3 e 4; um livro verde – para os anos 5 e 6.

Há ainda folhetos que contêm material para os sete temas: Livreto roxo – atividades para explorar o tema na sala dos professores; Livreto dourado – para atividades familiares; Livreto prateado – atividades em pequenos grupos (Anos 1 e 2).

2.4.3. *Penn Resilience Project (PRP)*

É um curriculum de intervenção escolar desenvolvido na Universidade da Pensilvânia pelos investigadores: Jane Gillham e Karen Reivich. O *Penn Resilience Program* (PRP) foi designado para construir resiliência, promover padrões de *coping* e ensinar soluções eficazes de problemas (*Positive Psychology Center*, 2008).

O objetivo principal do estudo é promover os pensamentos otimistas para ajudar crianças e adolescentes a responderem a mudanças e desafios quotidianos, enfrentados durante os anos escolares. Os modelos ensinados no programa podem ser aplicados em vários contextos da vida, e incluem entre outros os relacionamentos com seus pares e familiares. O programa foi pensado para ajudar as crianças a lidar com os efeitos do *stress* da ansiedade e da depressão.

O Manual deste programa de intervenção desenvolvido por Gilham, Jaicox, Reivich, Seligman e Silver (*Positive Psychology Center*, 2008), compreende 12 sessões de grupos, com duração de 90 minutos. O *curriculum* ensina aptidões para a resolução de problemas sociais, comportamentais e cognitivos, baseados nas teorias cognitivo – comportamentais de Aaron Beck, Ellis e Seligman. Os alunos são encorajados a identificar os desafios dos pensamentos negativos, utilizando as evidências para fazer uma apreciação mais apurada das situações e eventos e utilizar as efetivas estratégias de *coping*, quando confrontados com as adversidades. Além dos conteúdos teóricos, os alunos aprendem técnicas de assertividade, negociação, tomada de decisões e relaxamento.

Nos últimos 12 anos, pesquisadores testaram o PRP (também conhecido por Programa Penn de Otimismo, POP em inglês), em vários ambientes e com diversos grupos de participantes. Nos estudos iniciais de avaliação do PRP, constatou-se que os estudantes identificados com risco de depressão junto dos quais o programa foi aplicado,

após 2 anos de intervenção revelaram melhorias ao nível dos sintomas que apresentavam anteriormente. Além disso, após 9 anos foi realizado também uma avaliação com os pais.

Tal avaliação conduziu à implementação de uma intervenção junto dos pais, em que se visa que estes acompanhem o programa com os filhos, sendo encorajados a usar as estratégias em suas próprias vidas e a ensinar os filhos a usá-las. Espera-se assim que os pais continuem a usar o programa quando os filhos saírem da escola, possibilitando um efeito de intervenção mais longo.

2.4.4. *Oregon Resilience Project (ORP)*

Programa complexo e variado (composto por várias valências), o qual consideramos de elevada utilidade e adequação para a promoção da resiliência e que foi desenvolvido pela Universidade do Oregon (EUA), através do *Oregon Resilience Project (ORP)*, dividido em várias faixas etárias, dos 3 aos 18 anos de idade: ***Strong Start***, dos 3 aos 5 anos de idade, que descreveremos mais adiante), ***Strong Kids*** dos 5 aos 14 anos de idade e ***Strong Teens***, dos 14 aos 18 anos de idade.

Estes programas foram desenvolvidos pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas da Universidade do Oregon, nos Estados Unidos, chefiado por Kenneth Merrell (*Strong Kids Website*, ORP,2008), com o propósito de ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças e adolescentes.

Strong Start: programa aplicado dos 3 aos 5 anos de idade

Em Portugal, as investigações realizadas por Andreucci e Pereira (2008) identificaram lacunas ao nível dos instrumentos de avaliação sobre resiliência pelo que foi traduzido e adaptado um dos programas (*Strong Start*) para o português de Portugal pelas autoras acima e para o Português do Brasil por Andreucci (2008).

O programa *Strong Start*, dos 3 aos 5 anos de idade, faz parte de um projeto abrangente, que também conta com o Programa *Strong Kids* (para crianças dos 5 aos 14 anos de idade) e *Strong Teens* (dos 14 aos 18 anos de idade). É breve e apresenta um conjunto de conteúdos práticos ao nível do *curriculum* de aprendizagem social - emocional, designado para crianças em idade pré – escolar. Tal programa tem como

finalidade ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças.

Existem duas versões disponíveis: *Strong Start Pré K e K2*. Os objetivos destes programas são uma intervenção precoce e também de carácter preventivo e com várias áreas de aplicação. Este programa pode ser utilizado efetivamente em várias situações e com diferentes crianças tais como crianças de risco ou com alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais.

Os dois programas têm uma estrutura curricular semelhante que inclui 10 sessões, de aproximadamente 25 a 40 minutos cada, e podem ser conduzido por uma professora ou profissional de saúde mental. Os alunos acham as sessões envolventes e divertidas, uma vez que utiliza literatura infantil popular para ajudar a enfatizar os principais conceitos, com benefícios afectivos e comportamentais.

As dez sessões contidas no manual apresentam os seguintes temas e finalidades:

Sessão n.º1: “O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções”, cuja finalidade é introduzir aos alunos o curriculum *Strong Start Pré K*.

Sessão n.º2: “Perceber os teus sentimentos/emoções 1”, com o objetivo de ensinar os alunos a nomear sentimentos/emoções básicos;

Sessão n.º3: “Perceber os teus sentimentos/emoções 2”, cujas finalidades são rever os seis sentimentos/emoções básicos (alegria, tristeza, raiva, medo, surpresa e nojo e ensinar aos alunos maneiras apropriadas de expressar os seus sentimentos e emoções.

Sessão n.º 4: “Quando estás zangado ou com raiva”, ensina como gerir a raiva e maneiras que ajudam a lidar com a raiva ou com a zanga;

Sessão n.º5: “Quando estás feliz”, ensina aos alunos como se sentirem contentes e a confortarem-se quando estão tristes;

Sessão n.º 6: “Quando estás preocupado (nervoso) ”, ensina os alunos a gerirem a ansiedade, a preocupação e o medo;

Sessão n.º 7: “Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas”, habilita os alunos a identificarem os sentimentos/emoções dos outros;

Sessão n.º 8: “Ser um bom amigo”, ensina aos alunos comunicação básica e a aptidão para fazer amizades;

Sessão n.º 9: “Resolver os problemas das pessoas”, tem por objetivo ensinar os alunos a resolverem os problemas com os outros;

Sessão n.º 10: “Conclusão”, os alunos reveem os conceitos principais e aptidões do Curriculum Strong Start Pré K.

Com a finalidade de obter o apoio e colaboração dos pais no programa, em cada aula foi enviado um boletim com a informação referente aos conteúdos que aprenderam e atividades que desempenharam naquele dia, para que seja reforçado e estimulado em casa.

Em complemento às 10 sessões básicas, o Programa inclui duas sessões extras visando, ajudar e reforçar os conceitos e as aprendizagens do curriculum semanas depois de ter sido completada a última sessão. Os manuais são complexos e minuciosos, incluem todos os materiais necessários para o ensino das referidas sessões.

Também complementam o Programa o seguinte Instrumento de Avaliação: *WeBeST (Well Being Screening Tool)*, que mede o afeto “negativo”.

Strong Kids: programa aplicado dos 5 aos 14 anos de idade

Os programas *Strong Kids* são breves e apresentam um curriculum prático de aprendizagem social-emocional. É composto por 2 versões disponíveis: *Strong Kids – GRADES 3 – 5*, específico para as crianças em níveis intermediários, entre os 8 e os 12 anos de idade e o *Strong Kids - GRADES 6- 8*, para estudantes em faixas de idade intermediárias, com idades entre os 12 e os 14 anos.

Os objetivos destes programas compreendem uma intervenção precoce e de carácter preventivo tendo um amplo alcance de aplicações, podem ser utilizado efecivamente com alta funcionalidade em uma variada gama de situações, com alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais e crianças de risco.

Os dois programas têm uma estrutura curricular semelhante que inclui 12 sessões, de aproximadamente 45 – 55 minutos cada, podendo ser conduzidos por um(a) professor(a) ou profissional de saúde mental. Os alunos acham as lições envolventes e divertidas, sendo elevado o número de benefícios dos aspetos afectivos e comportamentais nele integrados.

Em complemento às 12 lições básicas, inclui uma lição extra, designada para ajudar a reensinar e reforçar os conceitos do curriculum, semanas depois de completada a última lição. Os manuais *Strong Kids* incluem todos os materiais que são necessários para

o ensino das lições. Tem como instrumento de avaliação o *SEARS-A*, *SEARS- C*, o *SEARS-P* e o *SEARS-T*.

Strong Teens: programa aplicado dos 14 aos 18 anos de idade

O Programa *Strong Teens* apresenta também um curriculum prático de aprendizagem social-emocional, sendo também designado com o propósito de ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nos adolescentes

É indicado para estudantes com idades entre os 14 e os 18 anos de idade, sendo os objetivos deste programa orientados para uma intervenção precoce de carácter preventivo. Este programa à semelhança dos anteriores é adequado para alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais e crianças de risco, sendo a sua estrutura curricular constituída por 12 sessões, de aproximadamente 45 – 55 minutos cada.

2.4.5. *The International Resilience Project*

A Dra. Edith H. Grotberg, da Universidade do Alabama em Birmingham é a autora principal deste programa. Este projeto realizou-se entre Setembro de 1993 a Agosto de 1994 e teve como países participantes a Lituânia, a Rússia, a Costa Rica, a República Checa, o Brasil, a Tailândia, o Vietname, a Hungria, Taiwan, a Namíbia, o Sudão, o Canadá, a África do Sul e o Japão, mas tem repercussão mundial até os dias de hoje.

De carácter internacional, com a participação de 30 países devido ao aumento crescente no interesse das pessoas em conferências e palestras sobre a resiliência, nas diferentes partes do mundo, foi desenvolvido pela *Civitan International Research Center*. Em 1993, para assegurar uma perspetiva e um envolvimento internacional foi criado um Comité representado pela *UNESCO*, pela Organização Pan-americana de Saúde, pelo Centro Internacional da Criança (ICC), pelo Escritório Internacional da Criança Católica (ICCB) e posteriormente pela Fundação Bernard van Leer, com o objetivo de fornecer sugestões e críticas ao Projeto. O desenho desta investigação inclui: 15 situações de adversidade, de acordo com as idades 0-3; 4-6 e 9 a 11 anos.

Numa primeira fase participaram 14 países: Lituânia, Rússia, Costa Rica, República Checa, Brasil, Tailândia, Vietname, Hungria, Taiwan, Namíbia, Sudão, Canadá, África do Sul e Japão. Desta fase participaram 589 crianças, seus familiares ou cuidadores, sendo 48% de raparigas e 52% de rapazes, com 51% dos participantes com idades entre os 9 e os 11 anos, 29% com idade entre os 4 e os 6 anos e 18% dos 0 aos 3 anos; 90% do total frequentavam algum tipo de estabelecimento escolar.

As crianças mais velhas tiveram maior participação nas atividades propostas do que as mais novas, geralmente em leituras realizadas em grupos. Quanto à participação das mais novas, os seus pais ou cuidadores tinham de estar presentes ou os investigadores iam às residências das mesmas.

Obtiveram os seguintes resultados: os seis maiores problemas externos que as famílias presenciavam nos 5 anos precedentes à pesquisa foram: roubos/saques, guerras, incêndios, terremotos, inundações e acidentes de carro; já entre os seis maiores problemas inter-familiares apresentados foram morte de pais ou avós; divórcios, separações, doenças de pais ou irmãos, pobreza e mudança de amigos ou familiares.

Outro resultado obtido foi que quanto maior a criança, a promoção da resiliência dá-se de maneira destacada.

O estudo sugeriu que a promoção da resiliência dependia mais do comportamento dos pais e dos adultos em relação às crianças com 6 anos ou menos e que as crianças com mais de 9 anos tinham um papel maior na promoção da sua própria resiliência, quer nos contextos de suporte, de competências adquiridas ou no aumento do fortalecimento interior e deixa como desafio a investigação de como ajudar as crianças em menor idade a promoverem a resiliência.

O que se procura na educação da criança para que se torne resiliente é desenvolver as condições que já possui, preencher e ampliar as condições que não estão completas ou, mesmo, construir as que estão ausentes.

Dos resultados do *International Resilience Project* foram retiradas as categorias (Grotberg, 1995): Eu tenho, Eu sou, Eu estou, Eu posso. Estas são fontes de recursos que se tornam fatores predisponentes de resiliência.

Como exemplos de “Eu tenho”, poderemos citar: pessoas ao meu redor em quem confio; pessoas que não me deixam perder; pessoas que sabem mostrar-me o certo;

pessoas que me ensinam a fazer coisas por mim mesmo e vigiam o resultado e pessoas que me ajudam quando fico doente ou em perigo.

“Eu sou” uma pessoa que pode ser amada, querida por outros; uma pessoa capaz de fazer bem aos outros; uma pessoa respeitada pelos outros e capaz de me respeitar; uma pessoa responsável pelo que faço e uma pessoa confiante que as coisas vão dar certo.

Na categoria “Eu estou”: seguro de que tudo sairá bem; rodeado de companheiros e colegas que me apreciam; disposto a responsabilizar-me pelos meus atos e triste, reconheço e mostro, mas com a segurança de encontrar apoio.

“Eu posso” contar aos outros sobre coisas que me assustam; encontrar caminhos para resolver problemas que eu enfrente; evitar cometer erros ou correr riscos; encontrar alguém que me possa ajudar quando preciso; encontrar o momento certo de falar ou agir e cometer erros e não perder o afeto dos meus pais.

2.5. Contributos da Resiliência no Ensino- Aprendizagem e Sucesso Escolar

Poletto (2008) relata que independentemente do contexto (família, instituição ou escola), as influências e eventos de vida podem configurar-se como risco ou proteção, o que dependerá da qualidade e da existência de relações emocionais e sociais, da presença de afetividade e da reciprocidade que esses ambientes propiciarem as influências diversas no desenvolvimento. A autora ressalta ainda que a escola, recebe interferências trazidas por outros ambientes e outros contextos, como a família.

A baixa escolaridade e baixo *status* social dos pais, ou ausência de uma rede de apoio social e afetiva, podem ser consideradas eventos negativos no desenvolvimento de crianças e jovens. Aos alunos bem-sucedidos na sua escolaridade, mesmo que se originem de meio familiar desfavorável ou inadequado, e que apresentem poucos conhecimentos culturais, ao serem introduzidas medidas de estabilidade relacional e eventualmente afetivas, estas podem favorecer o processo resiliente. Através do apoio dos pares e dos adultos (professores, educadores, etc.) as falhas familiares originais podem ser atenuados e os vínculos inicialmente estabelecidos, modificados (Anaut, 2005).

A escola parece ser um lugar privilegiado de emergência e estimulação da resiliência aos jovens vindos de meios desfavorecidos, ao agravar as condições básicas de acionar processos de resiliência e superar as condições de vulnerabilidade, além de ter um

papel fundamental na socialização infantil ao serem experimentadas inúmeras situações, tais como, as relações entre pares, grupos, amizade, competição, rivalidade, aprendizagem e descoberta do novo, entre tantas outras.

Outra de suas funções é participar da regulação da atenção, emoções, aprendizagem e comportamentos e é nela que as crianças passam a maior parte do seu tempo, sendo um dos três mais importantes domínios para o desenvolvimento da resiliência em ligação com o meio ambiente (a família e a sociedade representam os outros dois domínios).

A escola pode promover ainda a autoestima e autoeficácia dos estudantes, capacitando-os em habilidades sociais, além de influenciar o relacionamento entre o grupo de iguais por meio de normas, regras e da cultura da instituição (Lisboa, 2005).

Pode ter significados diferentes para as crianças e jovens que as frequentam, uma vez que uma criança pode perceber a escola como um ambiente hostil porque é tímida e não percebe o seu contexto como acolhedor e outra pode sentir-se bem, pois é estimulada a participar das atividades oferecidas e tem a possibilidade de trocar experiências com outras crianças.

Ainda, de acordo com Poletto (2008), as crianças oriundas de famílias de nível socioeconómico muito baixo conseguem desenvolver projetos futuros de uma forma melhor quando vivenciam experiências positivas na escola.

Anaut (2005) e Cyrulnik (2001) destacam o papel dos professores como auxiliares no processo resiliente dos alunos ao contribuírem, mesmo sem o saber como suportes de resiliência ou figuras de identificação e apoio.

Manciaux (2001) e Fustier (2000) escrevem sobre a importância dos *encontros significantes* e dos *encontros fundadores* que podem ajudar os alunos a encontrar uma solução para as adversidades com que se defrontam e essas intervenções podem ocorrer na área da autoestima, da confiança, do otimismo, da esperança, da autonomia e independência, na capacidade de combate ao *stress*, na sociabilidade e relacionamentos intra e interpessoais, no gerenciamento das emoções, na tomada de decisão, entre outros.

O sucesso escolar, mesmo que não seja um êxito global, pode reforçar o sentimento de eficácia e de competência da criança, o que favorecerá sua convivência escolar e social.

Ao favorecer a abordagem de programas de aprendizagem social e emocional, que abordem por exemplo, as emoções, a resiliência, a inteligência emocional, as estratégias de coping, novos esclarecimentos e novos estudos poderão surgir, ligados ao sucesso e insucesso escolar, e a constatação das correlações entre o êxito escolar e o meio sócio, cultural e economicamente desfavorecido.

Em síntese, neste capítulo sobre a resiliência abordamos os principais conceitos relacionados à capacidade de lidar com as adversidades, as primeiras pesquisas nessa área e os principais programas de aprendizagem social e emocional.

Descrevemos ainda os principais componentes chave de um programa de aprendizagem emocional e os contributos da resiliência no ensino-aprendizagem e sucesso escolar.

De seguida, daremos início à contribuição empírica desta investigação, que abordará a metodologia geral utilizada, os estudos realizados em Portugal e no Brasil.

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 3 – Metodologia geral

CAPÍTULO 3 - Metodologia geral

Neste capítulo apresentaremos a metodologia geral adotada na nossa investigação. Depois de uma breve contextualização, evidenciaremos os objetivos, as hipóteses levantadas, o desenho da investigação, a (s) amostra (s), os instrumentos utilizados, os procedimentos adotados, bem como as propostas de análise de dados. Concluiremos tecendo algumas considerações éticas e deontológicas.

Esta investigação contextualiza-se no âmbito da Psicologia e da Educação, nomeadamente no domínio da Psicologia do Desenvolvimento e no primeiro estudo serão abrangidos alunos dos 3 aos 5 anos de idade, com uma ênfase maior nos alunos de 5 anos de idade nos estudos posteriores. Faremos uma abordagem relativa ao papel da escola e da formação de professores, a fim de melhorar as competências (individuais e sociais) dos alunos através de programas de promoção do desenvolvimento da resiliência e da psicomotricidade no processo ensino-aprendizagem. Foi realizada em Instituições de Educação de Infância e de Ensino Básico no Brasil, mais especificamente numa cidade do interior do Estado de São Paulo (Botucatu) e em cidades da região Centro de Portugal (Queirã e Moimenta da Beira).

Este trabalho de investigação teve por base motivações de carácter científico e pedagógico, pois as temáticas Psicomotricidade e Resiliência, já foram objeto de estudo e investigação da autora, pelo que considerámos serem tão atuais, sobretudo depois da entrevista que tivemos ocasião de ver na internet com o realizador George Lucas e o investigador Daniel Goleman, em que o realizador enfatizava a maneira como enfrentamos os desafios da vida moderna garantirão a nossa empregabilidade no futuro e os esforços que têm sido feitos para que isso possa ser realizado, desde a mais tenra idade, sobretudo intervindo em idades em que a criança está a contruir o seu autoconceito, a partir do esquema corporal, a sua autoimagem e a sua autoestima, com a ajuda de adultos criativos e das modernas tecnologias, a fim de gerirmos desde cedo as nossas emoções e sentimentos e empatia.

O facto de estarmos envolvidas com a educação de crianças sócio, cultural e economicamente desfavorecidas no Brasil, desencadeou a nossa reflexão no sentido de procurar as diferenças entre a realidade brasileira e portuguesa.

A nossa investigação insere-se no modelo da investigação-ação, que teve sua origem nos trabalhos de Lewin (1946 e 1952). Este autor através de dinâmicas de grupo procurou integrar as minorias étnicas americanas na sociedade americana, tendo a prática como elemento-chave. Neste modelo a prática e a reflexão assumem uma interdependência relevante, no qual o professor-educador- investigador age, analisa, observa e avalia as situações decorrentes do ato educativo. O profissional pode refletir sobre suas próprias ações, através da prática e de estratégias de ensino assim como encontrar soluções para os problemas que eventualmente surgirem, de forma sistemática e aprofundada, usando técnicas de investigação e incluindo ação e investigação em simultâneo (Coutinho et al, 2009).

Esse processo de investigação- ação se realizou em situação normal de jardim-de-infância, quer em Portugal e no Brasil. Envolveu crianças, num primeiro momento (Estudo 1), dos 3 aos 5 anos de idade, tendo posteriormente focalizado a sua atenção em crianças de 5 anos nos dois países (Estudos 2 e 3). Estes estudos para além das crianças também envolveram educadoras e enfermeiras que se responsabilizaram pelos grupos, tendo aceite participar na investigação, quer ao nível da implementação dos programas de resiliência e psicomotricidade, quer na aplicação dos testes. Esta investigação pretendeu conhecer a realidade para intervir e agir sobre a mesma.

A sua intervenção deveria incluir atividades que correspondessem quer a noção de psicomotricidade, quer a noção de resiliência, tal como as apresentamos na parte teórica.

A autora dessa investigação efetuou a formação das educadoras, enfermeiras e professoras, quer quanto à teoria, quer quanto à prática de ativação do desenvolvimento através da psicomotricidade e da resiliência; discutiu com elas o plano de intervenção e também as condições do seu desenvolvimento; introduziu a noção da avaliação formativa que implicava a avaliação da intervenção educativa nas crianças incluindo eventuais decisões de ter de se ajustar essa ação, em função das necessidades individuais e dos grupos; esteve disponível durante toda a experiência no caso de surgir qualquer dificuldade e fazia regularmente o ponto de situação com as intervenientes no processo, onde investigadores e participantes da ação foram coinvestigadores (Cró, 2006; Oliveira, Pereira e Santiago, 2004).

O modelo de investigação- ação compreende o objeto do estudo, que permite um enquadramento teórico e a análise do contributo empírico da investigação, onde a ação

tem uma intenção de mudança e a investigação de um teor de compreensão dessa mudança, em busca da transformação de uma realidade. Baseia-se em problemas reais e na busca de soluções.

É um método flexível, embora a recolha dos dados seja feita de maneira rigorosa e sistemática, através de questionários, entrevistas, gravações de áudio, diário de bordo.

Há sempre um momento anterior à intervenção, a intervenção propriamente dita e um pós intervenção, onde são realizados pré testes e pós testes de avaliação, para que se possa verificar se houve aprendizagem significativa ou mudança de conceitos.

3.1. Objetivos da investigação

Na área da Psicomotricidade:

- Realizar um estudo comparativo entre crianças brasileiras e portuguesas ao nível da psicomotricidade e do seu desenvolvimento.
- Identificar e avaliar atividades psicomotoras que favoreçam o desenvolvimento global das crianças.

Na área da Resiliência:

- Estudar a resiliência em crianças de meios sócio-económicos desfavorecidos.
- Implementar um programa de intervenção que ative o desenvolvimento psicológico das crianças, preparando-as para serem mais resilientes.

E finalmente unir a área da psicomotricidade e da resiliência para avaliar, em termos comparativos a eficácia de um programa de intervenção conjunta nessas duas áreas.

Definidos os objetivos, estabelecemos hipóteses e variáveis de investigação:

3.2. Questões e hipóteses de estudo

Diante dos problemas já mencionados, elaborámos a seguinte questão: Poderão o Programa *Strong Start Pré K* e exercícios de psicomotricidade pré-estabelecidos contribuir, em conjunto, para o desenvolvimento integral da personalidade das crianças, com influências ao longo do ciclo de vida?

Face à essa problemática estabelecemos as seguintes hipóteses de trabalho:

Psicomotricidade:

H1- Na área da psicomotricidade, as crianças que frequentam o Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em período integral apresentam melhores resultados que as que frequentam o mesmo Núcleo Assistencial, em meio período, quanto ao seu desenvolvimento global.

H2- Na área da psicomotricidade, as crianças não frequentadoras do referido Núcleo Assistencial em período integral, previamente avaliadas, quando submetidas a um programa de intervenção na área da psicomotricidade, apresentam melhores resultados.

Resiliência:

H3 - As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, local de residência, profissão dos pais e número de irmãos) influenciam a resiliência na criança em idade pré-escolar.

H4- As crianças submetidas ao Programa *Strong Start* apresentam melhores resultados que as que não foram submetidas.

Psicomotricidade e resiliência:

H5- Os programas de resiliência e psicomotricidade, em conjunto, promovem o desenvolvimento integral da personalidade das crianças do Jardim de Infância submetidos aos dois programas em simultâneo.

H6- As crianças não submetidas aos dois programas em simultâneo apresentam piores resultados que as submetidas em ambas as áreas.

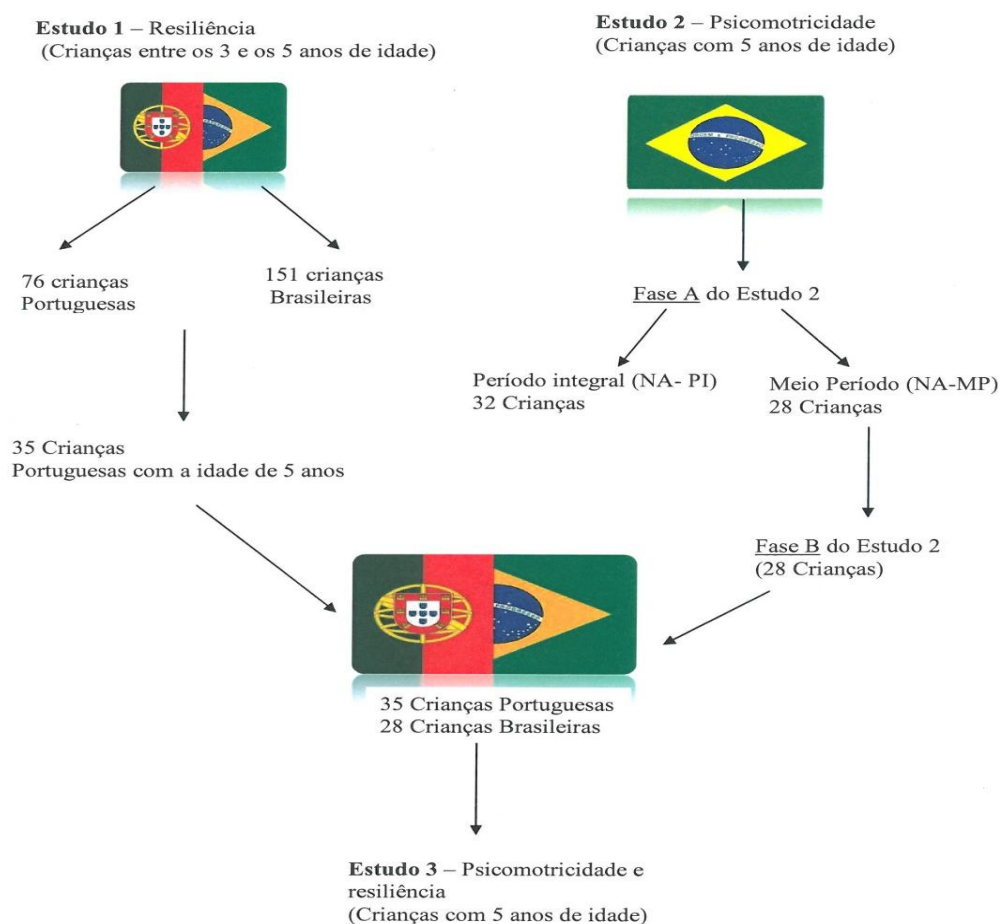
As hipóteses nulas correspondentes às hipóteses formuladas afirmam a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa entre o grupo experimental (GE) e o grupo controlo (GC) na área da resiliência, e a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa quando comparados os frequentadores em período integral e os frequentadores de meio período do Núcleo Assistencial nas variáveis consideradas em cada hipótese.

Estabelecido o problema da investigação, os objetivos e as hipóteses de seguida estabeleceremos as *variáveis independentes*: sexo, idade, país e os programas de resiliência e psicomotricidade aplicados às amostras isoladamente e em conjunto.

Procuramos controlar o efeito das variáveis parasitas (condições ambientais onde se realizaram as atividades), mesmo sabendo ser de difícil controlo, uma vez que lidamos com seres e comportamentos humanos.

3.3. Desenho da investigação

Figura 1: Desenho Geral da Investigação



São estudos quantitativos, explicativos/ preditivos de cariz experimental, uma vez que estudámos se o efeito esperado de uma variável independente se produz numa situação controlada (Reis et al, 2011; Fortin, 2009, 1999), de carácter *quasi – experimental*, visto que não respeitámos todas as condições para este ser considerado experimental no que diz respeito à seleção de participantes e ao controlo das variáveis.

Os estudos *quasi – experimentais* são utilizados nas situações naturais, em sala de aula, onde é muito difícil ou errado respeitar as exigências da verdadeira experimentação, onde contamos sempre com a presença de um grupo experimental (que sofreu intervenção) e de um grupo controlo (não sujeito à intervenção) e ambos os grupos realizam pré e pós teste para a avaliação dos resultados (Kompier, 2003).

Estudo 1: Estudo exploratório sobre a resiliência em crianças portuguesas e brasileiras em idade pré- escolar

Comparativo em Portugal e no Brasil, do tipo *quasi – experimental, longitudinal*, com um grupo experimental (submetido ao Programa Strong Start Pré K para a avaliação da resiliência) e um grupo controlo (não submetido ao Programa), com medidas pré e pós testes em ambos os grupos e em ambos os países. Esses grupos foram avaliados antes (pré - teste) e depois (pós - teste) da manipulação da variável independente para se avaliar a implementação do programa *Strong Start Pré K* (anexos 10 a 13) em crianças em idade pré-escolar.

Estudo 2: Estudo sobre a psicomotricidade em crianças brasileiras em idade pré-escolar

Dividido em 2 fases: Na fase A o objetivo foi avaliar se há diferenças estatisticamente significativas na área da psicomotricidade entre as crianças que frequentam a ONG do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em período integral e outras crianças frequentadoras do Núcleo Assistencial, que frequentam somente meio período e estão matriculadas em outras instituições de Ensino.

Na fase B, foi dado um programa de intervenção na área da psicomotricidade às crianças que frequentavam o Núcleo por somente meio período e que não tinham anteriormente atividades psicomotoras, para se verificar e avaliar a eficácia da implementação do programa.

Estudo 3: Estudo sobre a resiliência e a psicomotricidade em crianças portuguesas e brasileiras com 5 anos de idade

Sendo a psicomotricidade obrigatória nas escolas portuguesas desde os anos 70 (Neves, 2007), de acordo com as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar na sua área de Comunicação e Expressão (M.E. 1997), e portanto, não sendo possível a análise das crianças frequentadoras de pré-escola que não tivessem atividades psicomotoras, procuramos esmiuçar e analisar a eficácia da intervenção do programa de resiliência *Strong Start Pré K* nas crianças de 5 anos do estudo 1, já descrito anteriormente, que foram divididas em Grupo Experimental e Grupo Controlo nessa área.

Como não pudemos utilizar os dados do primeiro estudo exploratório brasileiro que avaliou somente a resiliência, uma vez que não foram feitos testes na área da psicomotricidade em todos os participantes, para efeitos comparativos com as crianças portuguesas do Estudo 1 com 5 anos de idade, foram avaliadas neste estudo as crianças da fase B do Estudo 2 (todas com intervenção na área da psicomotricidade), que foram divididas em 2 grupos na área da resiliência: metade participou do Grupo Experimental (com a aplicação do *Programa Strong Start*) e a outra fez parte do Grupo Controlo (não submetido ao mesmo programa).

Foram também analisados os resultados das crianças da Fase A que não tiveram quer na intervenção na psicomotricidade, quer na resiliência. Sendo assim temos, neste estudo teremos:

- Crianças portuguesas submetidas a programas de atividades psicomotoras, com programa de intervenção na área da resiliência ou não;
- Crianças brasileiras sem intervenção, quer na área da psicomotricidade, quer na área da resiliência;
- Crianças brasileiras submetidas a programas de atividades psicomotoras, com programa de intervenção na área da resiliência ou não;

Todos os grupos foram avaliados antes (pré - teste) e depois (pós - teste) da manipulação da variável independente para se avaliar a implementação do programa *Strong Start*, através do *WeBest (Well-Being Screening Tool)* nas crianças portuguesas e brasileiras e do *Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico*, na área da

psicomotricidade, nas crianças brasileiras com 5 anos de idade, através do Inventário Portage Operacionalizado. (IPO).

3.4. Amostra global

Os dados para esta investigação foram colhidos no Brasil e em Portugal. No Brasil foram escolhidas 2 Instituições: o Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis de Botucatu, que atende alunos do Jardim de Infância até o nono ano de escolaridade e a C.E.I. Professora Aída Heloísa Ávila, que atende crianças dos 3 aos 6 anos de idade.

Em Portugal foram colhidos os dados em Jardins de Infância de Queirã e Moimenta da Beira.

Participaram dessa Investigação educadoras de infância, diretores escolares e finalistas do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu.

A amostra foi constituída conforme o estudo em questão:

Para o *Estudo 1*: A amostra deste estudo comparativo consiste em 76 portuguesas e 151 brasileiras, de ambos os sexos, dos 3 aos 5 anos, que vivem no meio rural, e frequentam a pré-escola em Portugal e no Brasil.

Para o *Estudo 2*: Na fase A foram avaliadas sessenta crianças de 5 anos, de ambos os sexos, que frequentam a Pré-Escola no Brasil, em Botucatu, sendo 32 frequentadoras do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em período integral, que tiveram atividades de psicomotricidade e 28 frequentadoras do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em meio período, que não participaram das mesmas atividades. Da fase B participaram as 28 crianças que frequentavam meio período o Núcleo.

No *Estudo 3*, seleccionámos as 35 crianças portuguesas do primeiro estudo, com 5 anos de idade, que tiveram o Programa *Strong Start Pré K* e que têm atividades de Psicomotricidade obrigatórias e as 28 das crianças brasileiras das fases A e B do Estudo 2.

3.5. Instrumentos de recolhas de dados

Instrumentos na área da Resiliência: Programa Strong Start Pré- K

O programa *Strong Start Pré-K*, dos 3 aos 5 anos de idade, faz parte de um projeto abrangente, que também conta com o Programa *Strong Kids* (para crianças dos 5

aos 14 anos de idade) e *Strong Teens* (dos 14 aos 18 anos de idade). É breve e apresenta um conjunto de conteúdos práticos ao nível do *curriculum* de aprendizagem social - emocional, designado para crianças em idade pré – escolar. Tal programa tem como finalidade ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças.

Os objetivos destes programas são uma intervenção precoce e também de carácter preventivo e com várias áreas de aplicação. Este programa pode ser utilizado efetivamente em várias situações e com diferentes crianças tais como crianças de risco ou com alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais.

A finalidade do programa é ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças.

O programa tem uma estrutura curricular que inclui 10 sessões, de aproximadamente 25 a 40 minutos cada, e pode ser conduzido por uma educadora de infância ou profissional de saúde mental.

As dez sessões contidas no manual apresentam os seguintes temas e conteúdos: “O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 1”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 2”, “Quando estás zangado ou com raiva; Quando estás feliz”; “Quando estás preocupado (nervoso) ”, “Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas; “Ser um bom amigo”, “Resolver os problemas das pessoas” e “Conclusão”.

Os manuais *Strong Start Pré K* são complexos e minuciosos, incluem todos os materiais necessários para o ensino das referidas sessões, bem como programa de avaliação para crianças, pais e professores.

Para esta investigação, foi utilizado o modelo de 6 aulas divididas entre pré e pós testes e as aulas propriamente ditas, de acordo com as orientações da Universidade de Oregon.

Teste WeBeST

Para medir a capacidade de resiliência na criança em idade pré-escolar, aplicámos o teste WeBeST – *Well-Being Screening Tool*. Este teste foi igualmente desenvolvido na

universidade de Oregon, nos Estados Unidos da América, pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas e, posteriormente, traduzido, depois de solicitada autorização ao autor, adaptado por Andreucci (2008) para as crianças brasileiras e por Andreucci e Pereira (2008) para as crianças portuguesas.

O *WeBeST* mede sintomas de afetos negativos, problemas emocionais e sociais, resiliência em crianças de jardim-de-infância e 1º e 2º ano do 1º ciclo de Ensino Básico. Neste estudo foi aplicado somente às crianças em idade pré-escolar, individualmente e diretamente pelas investigadoras, antes e após a implementação do programa *Strong Start Pré-K*, às crianças do grupo experimental e de controlo.

É constituído por 22 questões fechadas com 3 opções cada (Não; Mais ou menos e Sim), pontuadas segundo o método de Likert. Recebem pontuação de 0 a 2, obtendo-se um *score* máximo de 44 e um *score* mínimo de 0.

Sendo que este é um teste de aferição negativa, quanto maior o *score* obtido do somatório das respostas, menor a capacidade de resiliência da criança e vice-versa.

Instrumentos da Área da Psicomotricidade

Psicomotricidade: Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico através de atividades psicomotoras

Teve por finalidade ativar o desenvolvimento cognitivo, sócio emocional, simbólico, psicolinguístico e motor, essenciais ao processo de maturação e aprendizagem, através de atividades lúdicas organizadas e integradas, durante 30 minutos, em dois períodos, onde as crianças foram estimuladas a observar e descrever os movimentos que realizavam.

Compreendeu exercícios padronizados e facilmente reproduzíveis, na área da Psicomotricidade, de autoria de Lambert (1972), (em anexo), que visam a estimulação de noção de esquema corporal, lateralidade, orientação espacial, temporal e linguagem. Para a estimulação da linguagem, as técnicas consistem em ritmos e movimentos amplos (24 exercícios), movimentos finos para a pré-escrita (56 exercícios), discriminação auditiva (37 exercícios) e visual (48 exercícios) e linguagem expressiva (64 exercícios). São utilizadas bolas, arcos, bancos, sacos de areia e diversos objetos, de acordo com as atividades propostas.

Inventário Portage Operacionalizado

Investiga cinco áreas de desenvolvimento: motor, cognição, linguagem, socialização e autocuidados, distribuídas por faixa etária de 0 a 6 anos, e uma sexta área – estimulação infantil – específica para bebés. Neste estudo foi desenvolvido a partir dos 3 anos de idade, com jogos, bolas e brinquedos de plástico.

Segundo Murta (2011), é um Inventário que avalia o desenvolvimento infantil e é utilizado em diferentes continentes, com diversas populações.

3.6. Procedimentos

Formalizar contactos oficiais, pessoais e com estudantes, levantar, organizar e analisar dados constituem as seis fases do nosso processo investigativo/etapas de investigação.

1ª fase - Após a identificação do problema levantado por esta investigação, bem como dos objetivos, das hipóteses e das variáveis a serem estudadas, fizemos um levantamento dos possíveis programas que poderiam ser por nós utilizados e encaminhamos por escrito solicitação aos autores para que pudessem ser feitas as traduções necessárias dos programas e dos testes de avaliação (anexos 1 e 2).

2ª fase – Após a permissão do autor americano, procedemos com os primeiros estudos exploratórios em Portugal e no Brasil, depois de solicitadas as autorizações aos órgãos e pessoas responsáveis para que pudesse ser implantado em Portugal e no Brasil o Programa sobre Resiliência (anexos 4, 6 a 6).

Após um esboço inicial elaborado com a Professora Orientadora Doutora Anabela Pereira, do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, foi-nos sugerido que entrássemos em contacto com a Professora especialista em Enfermagem Doutora Amarílis Rocha, do Instituto Superior de Saúde de Viseu, que nos apresentou e acolheu com o primeiro grupo de enfermeiros finalistas que nos auxiliaram na implementação e avaliação do primeiro estudo piloto em Portugal.

Quanto ao Brasil, por termos sido Diretora Escolar e Pedagógica voluntária do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis de Botucatu, (que comporta o Jardim Escola Prof João de Deus e o Educandário Professor Eurípedes Barsanulfo) em anos anteriores,

solicitamos autorização junto ao Conselho Administrativo da Instituição, que prontamente nos acolheu para que pudéssemos efetivar a Investigação.

Para podermos avaliar as crianças da Creche C.E.I. Professora Aída Heloísa Ávila, para que pudéssemos realizar o trabalho também solicitamos autorização..

Diante das permissões junto às autoridades competentes, foram solicitadas autorizações aos pais de alunos e /ou encarregados de educação para que os alunos pudessem fazer parte da Investigação (Anexos 2 a 6).

3ª fase - Implementação do Programa Strong Start Pré K em Portugal e no Brasil. Após os pedidos de autorização formais e da tradução dos Programas e Instrumentos para o português de Portugal e do Brasil, a fim de viabilizar a realização do projeto em causa, em Portugal, solicitámos ao Exmo. Senhor Presidente da AMAI e ao Exmo. Senhor Presidente do Agrupamento de Escolas de Vouzela autorização para a aplicação de 6 sessões e questionários, no Jardim de Infância da AMAI e no Jardim de Infância de Queirã, no período de 14/04/2008 a 16/05/2008.

No Brasil foi solicitada autorização junto à Secretaria Municipal de Educação de Botucatu e junto aos pais/Encarregados de Educação ou responsáveis pelas crianças (anexo 9). Foi igualmente pedida autorização para a realização dos pré – testes e pós – testes no grupo controlo escolhido na Creche do Centro Educacional Infantil “*Professora Aída Heloísa Ávila*” assim como solicitada autorização aos pais dos alunos matriculados no *Núcleo Joanna de Ângelis*.

Optámos por seguir uma metodologia *quasi-experimental*, com dois grupos: um experimental e outro de controlo. Estes dois grupos foram sujeitos a duas avaliações, respectivamente antes (Pré teste) e depois (Pós teste) da aplicação do tratamento.

A partir daí foram implementados os programas primeiro em Portugal (Maio e Junho de 2008) e em seguida no Brasil (Julho e Agosto de 2008). Seguiram-se as análises dos dados. As 10 sessões foram divididas em 6 aulas, com a realização do pré teste antes do início da primeira aula e do pós teste no final da última aula em ambos os países.

4ª fase – Estudo 2 sobre Psicomotricidade :

No estudo 2, após serem obtidas as devidas autorizações, optámos por estudar, na fase A se se existiriam diferenças na área da psicomotricidade entre os matriculados no Núcleo Joanna de Ângelis em meio período ou em período integral. Todos os alunos, na Fase A do estudo 2, foram submetidos aos testes (Pré e pós testes) tanto da psicomotricidade quanto da resiliência sem qualquer tipo de intervenção. Na Fase B do referido estudo, implementação do programa de psicomotricidade de modo a igualar as condições de investigação da amostra Portuguesa, todos os alunos frequentadores do meio período foram submetidos a este programa, tendo sido esta a amostra do estudo 3 desta investigação. No entanto apenas metade deste último grupo (frequência de meio período) foi sujeito ao programa de intervenção na área da resiliência (Estudo 3). Na área da resiliência foram utilizados os Programas *Strong Start Pré- K* e o teste *WeBeST* e nas atividades de psicomotricidade o programa estabelecido por Lambert (1972) e o *Inventário Portage Operacionalizado* (IPO) (anexo 18 e 19).

5ª fase – Estudo 3 sobre Psicomotricidade e Resiliência com crianças portuguesas e brasileiras:

Feitos os pré testes e pós testes na área da resiliência aos investigados na Fase A do Estudo 2 (alunos não sujeitos a nenhum programa de intervenção quer na área da psicomotricidade e da resiliência), desenvolvemos outra bateria de pré testes de resiliência a todos os sujeitos da Fase B (28 alunos previamente submetidos a um programa de intervenção da psicomotricidade) e implementamos o Programa *Strong Start* a quatorze (14) desses elementos extraídos da Fase B originando o Grupo Experimental (alunos submetidos a um programa de intervenção de resiliência) do estudo 3 formando-se com os restantes quatorze o grupo de controlo. Terminado o programa, passamos o pós teste aos 2 grupos (Experimental e Controlo) a fim de verificar a eficácia do mesmo.

Obtidos os resultados, foi feita a análise dos dados e a comparação com os resultados dos alunos com 5 anos de idade do Estudo 1 português.

3.7. *Análise dos dados*

Ao longo dos estudos exploratórios recolhemos diversos dados, que foram sendo analisados. Foram levantados problemas e sugeridas hipóteses e foi feita a análise estatística. Os dados quantitativos foram tratados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versões 16, 17 e 18.

Análise quantitativa

Na estatística descritiva, utilizámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e desvio padrão.

Relativamente à estatística inferencial, recorremos a testes não paramétricos e paramétricos, nomeadamente o teste U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para comparação de médias e o teste de Wilcoxon para comparar duas condições (entre o pré-teste e o pós-teste).

Selecionámos os seguintes níveis de significância, de acordo com D'Hainaut (1990):

- p < 0,05* Significativo;
- p < 0,01** Bastante Significativo;
- p < 0,001*** Altamente significativo;
- p > 0,05 Não Significativo (n.s.)

Foram utilizados testes não paramétricos sempre que se verificou que não havia normalidade dos dados.

3.8. *Considerações éticas e deontológicas da investigação*

Para Anaut (2005, p. 145) a ética diz respeito ao estudo dos princípios que fundamentam a moral, e, por extensão, tratar-se-á de um questionamento sobre os valores, enquanto deontologia segundo o mesmo autor diz respeito à responsabilidade e à moralidade profissional.

Segundo Fortin (2009, 1999), a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado, este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Seguindo esta linha de pensamento, a aplicação do projeto em si, que é composto pela aplicação de um questionário no início e no final e ainda pelo desenvolvimento de 6 sessões de promoção da resiliência nas crianças, foi efetuada após o parecer positivo das instituições visadas.

Todos os dados recolhidos durante o presente estudo foram tratados de forma confidencial, e nenhuma informação será publicada ou comunicada que inclua a identidade pessoal de algum dos elementos participantes nesta investigação. A confidencialidade e o anonimato dos dados foram mantidos.

CAPÍTULO 4 – Estudo sobre a resiliência em crianças portuguesas e brasileiras em idade pré-escolar (Estudo 1)

CAPÍTULO 4 – Estudo sobre a resiliência em crianças portuguesas e brasileiras em idade pré-escolar

A presente investigação teve como objetivo fazer um estudo comparativo entre Brasil e Portugal, para identificar e avaliar a resiliência com o Programa Strong Start Pré K.

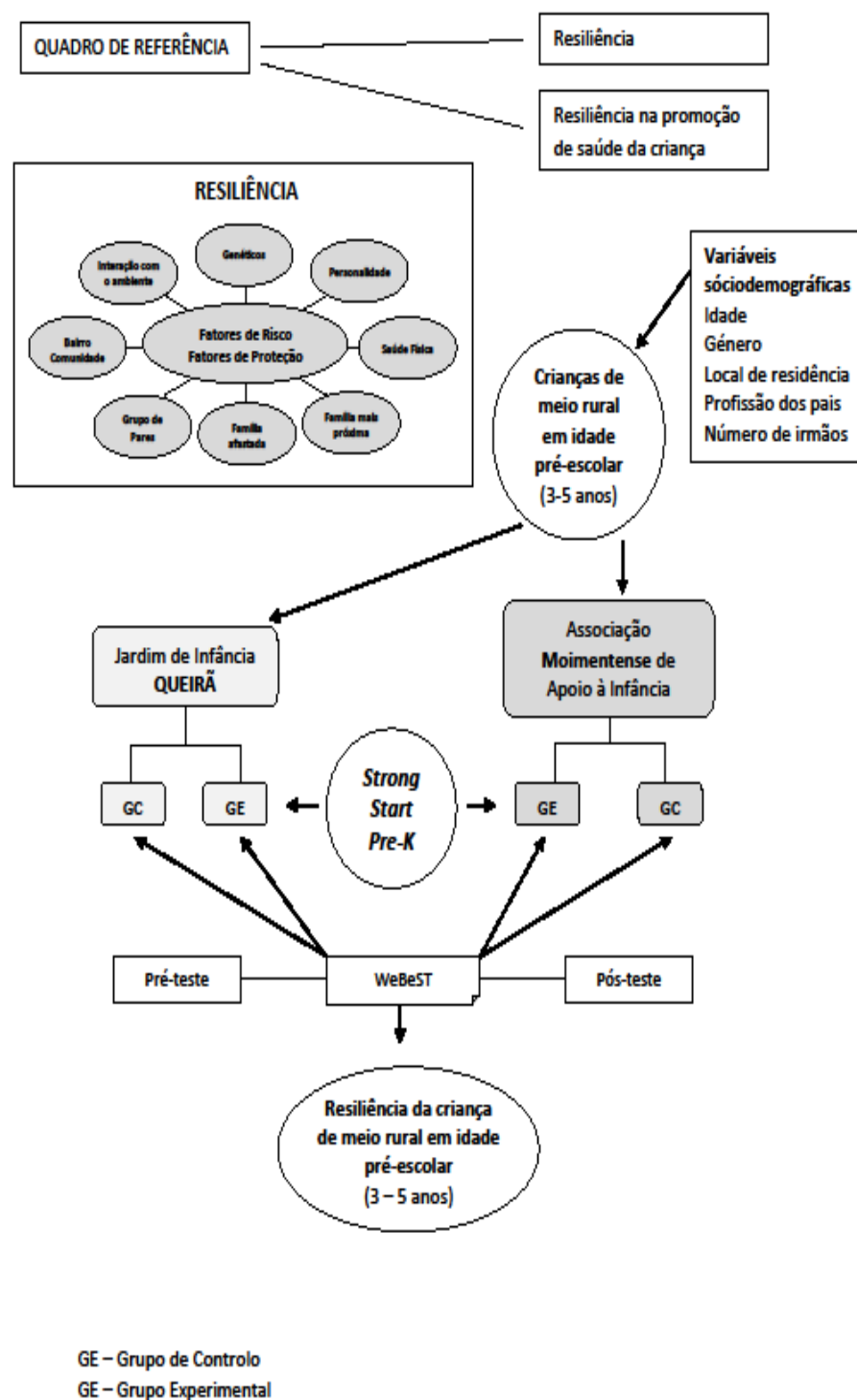
4.1. Metodologia específica

Para que isso se desse, foi feito um estudo do tipo *quasi – experimental, longitudinal*, com um grupo experimental (submetido ao Programa Strong Start Pré K para a avaliação da resiliência) e um grupo controlo (não submetido ao Programa), com medidas pré e pós testes em ambos os grupos e em ambos os países. Esses grupos foram avaliados antes (pré – teste) e depois (pós – teste) da manipulação da variável independente.

4.1.1. Objetivos e Desenho da Investigação

As crianças pré escolares foram avaliadas em relação à promoção de competências e aptidões para a resolução de problemas, ao nível da resiliência, onde foi utilizado o *Programa Strong Start Pré K*. em duas etapas: sendo a primeira realizada na zona Centro de Portugal, entre Abril e Maio de 2008 e a segunda, em duas escolas no interior do estado de São Paulo, no Brasil, entre Agosto e Setembro do mesmo ano, conforme demonstra a figura 2.

Figura 2 - Programa *Strong Start Pré K* em Portugal



4.1.2. Amostra

A amostra deste estudo comparativo consiste em 76 portuguesas e 151 brasileiras, de ambos os sexos, dos 3 aos 5 anos, que vivem no meio rural, e frequentam a pré-escola em Portugal e no Brasil. Em Portugal, foram selecionadas crianças que vivem em localidades da zona rural da Região Centro e o estudo exploratório ocorreu entre Abril e Maio de 2008.

As 76 crianças estavam distribuídas em localidades da zona rural da Região Centro e o estudo foi realizado entre Maio e Junho de 2008. Do total da amostra, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos de idade, com 46,1%, e o menos representativo o grupo dos 3 anos, com 21,1%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade, com 42,5% e 50%, respectivamente.

A idade mínima dos constituintes da amostra é de 3 anos e a máxima de 5 anos, correspondendo-lhe uma média de 4,25 anos (DP=0,785). Para o sexo masculino, a média de idades é 4,23 anos (DP=0,768) e para o sexo feminino a média de idades é de 4,28 anos (DP=0,815), sendo a média de idade das raparigas mais elevada que a dos rapazes.

Caracterização da amostra portuguesa

Do total da amostra, o grupo etário mais representativo é o grupo dos 5 anos com 46.1%, sendo o menos frequente o grupo dos 3 anos com 21,1%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade com 32,5% e 50,0%, respectivamente (Cf. tabela 1).

Tabela 1-Distribuição da amostra portuguesa segundo a idade e o sexo

Sexo Idade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
3	8	20,0	8	22,2	16	21,1
4	15	37,5	10	27,8	25	32,8
5	17	42,5	18	50,0	35	46,1
Total da amostra	40	100	36	100	76	100

A idade mínima dos constituintes da amostra é 3 anos e a máxima 5 anos, correspondendo-lhe uma média de 4,25 anos (DP = 0,785). Para o sexo masculino o mínimo das idades observado foi de 3 anos e o máximo de 5 anos sendo a média de 4,23 anos (DP = 0,768). O CV¹ é de 18,16%, sugerindo uma dispersão média. Também no sexo feminino o mínimo das idades observado foi de 3 anos e o máximo de 5 anos com uma média de 4,28 anos (DP = 0,815).

A média de idades das raparigas é mais elevada que a dos rapazes (Tabela 2).

Tabela 2 -Estatísticas descritivas relativas à idade e ao sexo da amostra portuguesa

Idade Sexo	—				
	N	Min	Max	X	DP
Masculino	40	3	5	4,23	0,768
Feminino	36	3	5	4,28	0,815
Total da amostra	76	3	5	4,25	0,785

Do total da amostra, o grupo etário mais representativo em Moimenta da Beira é o grupo dos 4 anos com 38,3%, sendo o menos frequente o grupo 3 anos com 25,5%. Em Queirã o grupo mais significativo é o dos 5 anos com 62,1%, sendo o menos significativo o grupo dos 3 anos com 13,8% (Cf. Tabela 3).

Tabela 3 -Distribuição da amostra portuguesa segundo a idade e o local

Local Idade	Moimenta da Beira		Queirã		Total	
	N	%	N	%	N	%
3	12	25,5	4	13,8	16	21,1
4	18	38,3	7	24,1	25	32,8
5	17	36,2	18	62,1	35	46,1
Total da amostra	47	100	29	100	76	100

Em Moimenta da Beira, o mínimo das idades observado foi 3 anos e o máximo 5 anos, sendo a média de 4,11 anos (DP= 0,787). Também em Queirã o mínimo das idades observado foi de 3 anos e o máximo de 5 anos, com uma média de 4,48 anos (DP= 0,738), conforme a tabela 4.

Tabela 4 -Estatísticas descritivas relativas à idade e ao local da amostra portuguesa

Idade Local	—				
	N	Min	Max	X	DP
Moimenta da Beira	47	3	5	4,11	0,787
Queirã	29	3	5	4,48	0,738
Total da amostra	76	3	5	4,25	0,785

Caracterização dos grupos de controlo e experimental segundo: idade, sexo, local de residência, profissão dos pais e número de irmãos

Em relação à **idade**, no grupo experimental o grupo etário mais representativo é dos 5 anos com 44,7%, correspondendo ao menos representativo o grupo dos 3 anos de idade com 15,8%.

Também no grupo de controlo, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos de idade com 47,4%, sendo os grupos dos 3 e 4 anos os menos representativos com 26,3% (Cf. tabela 5).

Tabela 5- Distribuição do grupo português segundo a idade

Grupo Idade	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
3	6	15,8	10	26,3	16	21,1
4	15	39,5	10	26,3	25	32,8
5	17	44,7	18	47,4	35	46,1
Total da amostra	38	100	38	100	76	100

No grupo experimental o mínimo das idades observado foi de 3 anos e o máximo de 5 anos, sendo a média de 4,29 anos (DP= 0,732). No grupo de controlo o mínimo das

idades observado foi de 3 anos e o máximo de 5 anos, com uma média de 4,21 anos (DP= 0,843). Ambos os grupos são constituídos por 38 elementos (Cf. tabela 6).

Tabela 6 -Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo português segundo a idade

Idade Grupo	—				
	N	Min	Max	X	DP
Experimental	38	3	5	4,29	0,732
Controlo	38	3	5	4,21	0,843
Total da amostra	76	3	5	4,25	0,785

Quanto ao **sexo** do total da amostra, verificámos que no grupo experimental o grupo mais representativo é o masculino com 55,3% da amostra, correspondendo o sexo feminino a 44,7% da amostra.

No grupo controle verifica-se que os sexos se distribuem de igual modo, correspondendo a cada, 50% da amostra (Cf. Tabela 7).

Tabela 7 -Distribuição do grupo português segundo o sexo

Grupo Sexo	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	17	44,7	19	50,0	36	47,4
Masculino	21	55,3	19	50,0	40	52,6
Total da amostra	38	100	38	100	76	100

No que diz respeito ao **local**, em Moimenta da Beira o grupo experimental é composto por 63,2% e o grupo controlo por 60,5%, do total da amostra

Em Queirã o grupo experimental é constituído por 36,8% e o grupo controlo por 39,5%, do total da amostra (Cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do grupo português segundo o local

Grupo Local	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moimenta da Beira	24	63,2	23	60,5	47	61,8
Queirã	14	36,8	15	39,5	29	38,2
Total da amostra	38	100	38	100	76	100

No grupo experimental quanto à **profissão do pai**, o grupo mais representativo é o setor terciário com 47,4 %, correspondendo com 2,5% o sector primário ao grupo menos representativo.

No grupo de controlo o grupo mais representativo refere-se ao sector terciário com 42,1%, sendo o menos representativo o desempregado com 0% (Cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição do grupo português segundo a profissão do pai

Grupo Profissão do pai	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Setor primário	1	2,5	2	5,3	3	3,9
Setor secundário	10	26,3	11	28,9	21	27,6
Setor terciário	18	47,4	16	42,1	34	44,7
Desempregado	2	5,3	0	0	2	2,6
NNSR	5	13,2	5	13,2	10	13,2
Emigrante	2	5,3	4	10,5	6	8,0
Total da amostra	38	100	38	100	76	100

No grupo experimental quanto à **profissão da mãe**, o grupo mais representativo é o setor terciário com 57,8 %, correspondendo o setor primário e emigrante, aos grupos menos representativos com 0%.

No grupo de controlo o grupo mais representativo refere-se ao setor terciário com 73,7%, sendo o menos representativo, o setor primário com 0% (Cf. Tabela 10).

Tabela10 – Distribuição do grupo português segundo a profissão da mãe

Grupo Profissão da mãe	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Setor primário	0	0	0	0	0	0
Setor secundário	8	21,1	3	7,9	11	14,5
Setor terciário	22	57,8	28	73,7	50	65,8
Desempregado	3	7,9	1	2,6	4	5,3
NNSR	5	13,2	3	7,9	8	10,5
Emigrante	0	0	3	7,9	3	3,9
Total da amostra	38	100	38	100	76	100

No grupo experimental, quanto ao **número de irmãos** o mais representativo corresponde a um irmão com 52,7%, correspondendo o menos representativo a 6 irmãos com 2,6%. No grupo de controlo, o mais representativo é 1 irmão com 47,4%, sendo o menos representativo 6 irmãos com 0% (Cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição do grupo português segundo o número de irmãos e o grupo

Grupo Número de Irmãos	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	13	34,2	9	23,7	22	28,9
1	20	52,7	18	47,4	38	50,0
2	4	10,5	11	28,9	15	19,8
6	1	2,6	0	0	1	1,3
Total da amostra	38	100	38	100	76	100

O número mínimo de irmãos, dos constituintes da amostra é 0 e o máximo 6, correspondendo-lhe uma média de 0,97 (DP= 0,909). Para o grupo experimental o número mínimo observado de irmãos foi de 0 e o máximo de 6 sendo a média de 0,89 irmãos (DP= 1,060).

No grupo de controlo o número mínimo observado de irmãos foi de 0 e o máximo de 2 com uma média de 1,05 (DP= 0,733).

A média do número de irmãos é mais elevada no grupo de controlo, conforme demonstra a tabela 12.

Tabela 12-Estatísticas descritivas relativas ao número de irmãos e ao grupo português

Grupo	Número de Irmãos				
	N	Min	Max	X	D.P.
Experimental	38	0	6	0,89	1,060
Controlo	38	0	2	1,05	0,733
Total da amostra	76	0	6	0,97	0,909

Para uma melhor visualização e síntese dos dados acima citados, condensamos os resultados na tabela 13:

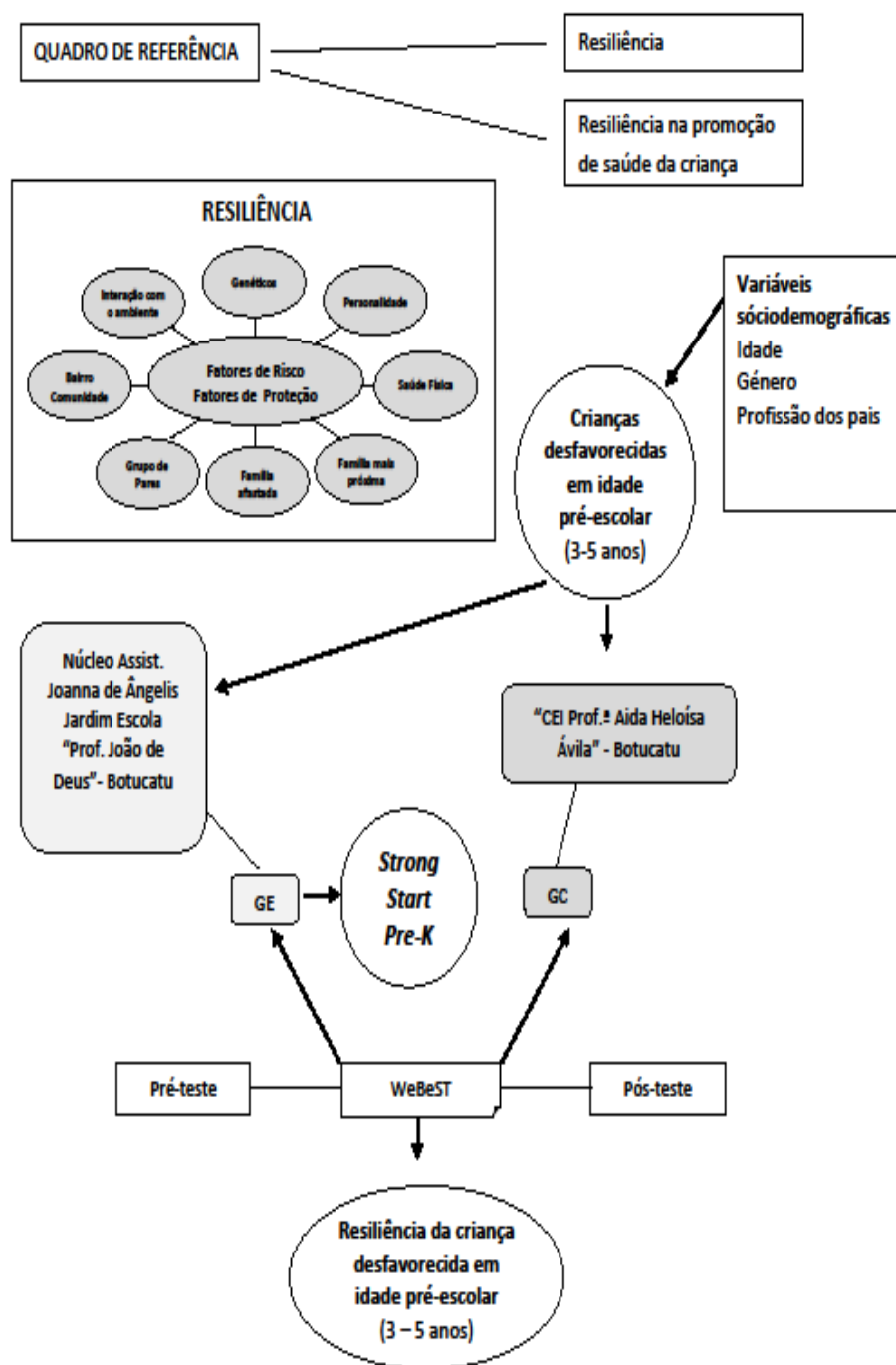
Tabela 13- Características Sociodemográficas da amostra portuguesa

Características sociodemográficas	Grupo experimental (n= 38; 50 %)		Grupo Controlo (n= 38; 50%)		Total (n= 76; 100%)	
	X	D.P	X	D.P.	X	D.P.
Idade	4,29	0,732	4,21	0,843	4,25	0,785
Número de irmãos	0,89	1,060	1,05	0,733	0,97	0,909
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	21	55,3	19	50	40	52,6
Feminino	17	44,7	1938	50	36	47,4
Total	38	100	38	100	76	100

Profissão do Pai						
Setor primário	1	2,5	2	5,3	3	3,9
Setor secundário	10	26,3	11	28,9	21	27,6
Setor terciário	18	47,4	16	42,1	34	44,7
Desempregado	2	5,3	0	0	2	2,6
NSNR	5	13,2	5	13,2	10	13,2
Emigrante	2	5,3	4	10,5	6	8,0
Total	38	100	38	100	76	100
Profissão do Mãe						
Setor primário	0	0	0	0	0	0
Setor secundário	8	21,1	3	7,9	11	14,5
Setor terciário	22	57,8	28	73,7	50	65,8
Desempregado	3	7,9	1	2,6	4	5,3
NSNR	5	13,2	3	7,9	8	10,5
Emigrante	0	0	3	7,9	3	3,9
Total	38	100	38	100	76	100
Local						
Moimenta da Beira	24	63,2	23	60,5	47	61,8
Queirã	14	36,8	15	39,5	29	38,2
Total	38	100	38	100	76	100

A figura 3 abaixo indicada representa um esquema da aplicação do programa *Strong Start Pré K* no Brasil, realizado em duas Instituições brasileiras, sendo uma delas uma ONG e a outra pertencente ao ensino público, localizadas no mesmo bairro e com as mesmas condições sociodemográficas, embora com programas educacionais diferenciados, em que participaram 151 crianças dos 3 aos 5 anos de idade.

Figura 3- Programa *Strong Start Pré K* no Brasil



GE – Grupo de Controle
GC – Grupo Experimental

Caracterização da amostra brasileira

Fizeram parte do estudo realizado entre Julho e Agosto do mesmo ano, 151 crianças. Do total da amostra, o grupo etário mais representativo é o dos 5 anos de idade, com 45,7 %, e o menos representativo o grupo dos 3 anos, com 19,2%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 5 anos de idade, com 58,6% e 34,6 %, respectivamente, conforme demonstra a tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição da amostra brasileira segundo a idade e o sexo

Idade \ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
3	10	14,3	19	23,5	29	19,2
4	19	27,1	34	42,00	53	35,1
5	41	58,6	28	34,6	69	45,7
Total da amostra	70	100	81	100	151	100

A idade mínima é dos constituintes da amostra é de 3 anos e a máxima de 5 anos, correspondendo-lhe uma média de 4,26 anos (DP=0,763).

Para o sexo masculino, a média de idades é 4,44 anos (DP=0,735) e para o sexo feminino a média de idades é de 4,11 anos (DP=0,758), sendo a média de idade dos rapazes mais elevada que a das raparigas, de acordo com a tabela 15.

Tabela 15 – Estatísticas descritivas relativas à idade e ao sexo

Idade \ Sexo	—					
	N	Min	Max	X	DP	
Masculino	70	3	5	4,43	0,735	
Feminino	81	3	5	4,11	0,758	
Total da amostra	151	3	5	4,26	0,763	

Caracterização dos grupos de controlo e experimental segundo: idade, sexo e profissão dos pais

No grupo experimental, os mais representativos são os de 4 e 5 anos, com 39% cada e o de 3 anos o menos representativo (22,1%). No grupo controlo o mais representativo é o dos 5 anos (45,7%), sendo o de 3 anos o menos representativo (19,2%), conforme a tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição do grupo experimental e controlo brasileiro segundo a idade

Grupo Idade	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
3	17	22,1	12	16,2	29	19,2
4	30	39	23	31,1	53	35,1
5	30	39	39	52,7	69	45,7
Total da amostra	77	100	74	100	151	100

No grupo experimental a média é de 4,17 anos (DP= 0,768), há 42 raparigas (54,55%) e 35 rapazes (45,45%). No grupo controlo, a média é de 4,36 anos (DP= 0,751) e há 39 raparigas (52,7%) e 35 rapazes (47,3%), conforme a tabela 17.

Tabela 17 – Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo segundo a idade

Grupo Idade	—				
	N	Min	Max	X	DP
Experimental	77	3	5	4,17	0,768
Controlo	74	3	5	4,36	0,751
Total da amostra	151	3	5	4,26	0,763

Quanto ao **sexo** do total da amostra o grupo mais representativo é o feminino com 53,6 % da amostra, correspondendo o sexo masculino a 46,4% da amostra. No grupo experimental, 45,45% da amostra é do sexo masculino e 54,55% pertencem ao sexo feminino.

No grupo controle verifica-se que o sexo feminino corresponde a 52,7% da amostra e 47,3% representam o sexo masculino, conforme a tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição do grupo segundo o sexo

Grupo Sexo	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	35	45,45	35	47,3	70	46,4
Feminino	42	54,55	39	52,7	81	53,6
Total da amostra	77	100	74	100	151	100

No grupo experimental quanto à **profissão do pai**, o grupo mais representativo é o setor secundário com 44,16%, correspondendo com 0,0 % o setor primário e os reformados aos grupos menos representativos.

No grupo de controlo o grupo mais representativo refere-se ao setor terciário com 89,19%, sendo os menos representativos os NSNR, o dos pais presos e as crianças que não têm pais com 0%, conforme a tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição do grupo segundo a profissão do pai

Grupo Profissão do pai	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Setor primário	0	0,00	1	1,35	1	0,7
Setor Secundário	34	44,16	4	5,41	38	25,2
Setor Terciário	32	41,56	66	89,19	98	64,9
Desempregado	1	1,30	2	2,70	3	1,9
NSNR	4	5,19	0	0,00	4	2,6
Preso	1	1,30	0	0,00	1	0,7
Não tem pai	5	6,49	0	0,00	5	3,3
Reformado	0	0,00	1	1,35	1	0,7
Total	77	100,00	74	100,00	151	100,00

No grupo experimental quanto à **profissão da mãe**, o grupo mais representativo é o setor terciário com 92,9 %, correspondendo o grupo das mães desempregadas ao grupo menos representativo com 0%.

No grupo de controlo o grupo mais representativo refere-se ao setor terciário com 97,3 %, sendo o menos representativo, o grupo das NSNR, o das crianças que não tinham mãe e as reformadas com 0%, conforme a tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição do grupo segundo a profissão da mãe

Grupo Profissão da mãe	Experimental		Controlo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Setor Secundário	3	3,9	1	1,35	4	2,6
Setor Terciário	71	92,9	72	97,3	143	94,7
Desempregada	0	0,00	1	1,35	1	0,7
NSNR	1	1,30	0	0,00	1	0,7
Não tem mãe	1	1,30	0	0,00	1	0,7
Reformada	1	1,30	0	0,00	1	0,7
Total	77	100,00	74	100,00	151	100,00

Em síntese, apresentamos os dados anteriormente apresentados, agrupados, referentes ao sexo, profissão dos pais e das mães na amostra total e separados em grupo experimental e grupo controlo, conforme a tabela 21.

Tabela 21 - Características Sociodemográficas da amostra Brasileira

Características sociodemográficas da Amostra Brasileira	Grupo Controlo (n= 74; 49, 00 %)		Grupo Experimental (n= 77; 51, 00 %)		Total (n= 151; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	35	45,45	35	47,30	70	46,4
Feminino	39	54,55	42	52,70	81	53,6
Total	74	100	77	100	151	100
Profissão do Pai						
Setor Primário	1	1,35	0	0,00	1	0,7
Setor Secundário	4	5,41	34	44,16	38	25,2
Setor Terciário	66	89,19	32	41,56	98	64,9
Desempregado	2	2,70	1	1,30	3	1,9
NSNR	0	0,00	4	5,19	4	2,6
Preso	0	0,00	1	1,30	1	0,7
Não tem pai	0	0,00	5	6,49	5	3,3
Reformado	1	1,35	0	0,00	1	0,7
Total	74	100	77	100	151	100
Profissão da mãe						
Setor Secundário	1	1,35	3	3,9	4	2,6
Setor Terciário	72	97,3	71	92,2	143	94,7
Desempregada	1	1,35	0	0,00	1	0,7
NSNR	0	0,00	1	1,3	1	0,7
Não tem mãe	0	0,00	1	1,3	1	0,7
Reformada	0	0,00	1	1,3	1	0,7
Total	74	100	77	100	151	100

4.1.3. Instrumentos

Programa *Strong Start Pre K*

A finalidade do programa é ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças. O objetivo desse programa é uma intervenção precoce, de carácter preventivo e pode ser utilizado efetivamente em várias situações, com crianças de risco ou com alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais.

O programa tem uma estrutura curricular que inclui 10 aulas, de aproximadamente 25 a 40 minutos cada, e pode ser conduzido por uma educadora de infância ou profissional de saúde mental, que foram divididas em 6 aulas,

As dez aulas contidas no manual apresentam os seguintes temas e conteúdos: “O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 1”; “Perceber os teus sentimentos/emoções 2”, “Quando estás zangado ou com raiva; Quando estás feliz”; “Quando estás preocupado (nervoso) ”, “Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas; “Ser um bom amigo”, “Resolver os problemas das pessoas” e “Conclusão”.

Os manuais *STRONG START* são complexos e minuciosos, incluem todos os materiais necessários para o ensino das referidas sessões, bem como programa de avaliação para crianças, pais e professores.

Foram realizadas seis sessões e os conteúdos estavam assim divididos:

1ª Sessão - Pré Teste e Lição n.º1: “O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções”, cuja finalidade é introduzir aos alunos o curriculum *Strong Start Pré - K*;

- Lição n.º2: “Perceber os teus sentimentos/emoções 1”, cuja finalidade é ensinar os alunos a nomear sentimentos/emoções básicos;

- Lição n.º3: “Perceber os teus sentimentos/emoções 2”, cujas finalidades são rever os seis sentimentos/emoções básicos e ensinar aos alunos maneiras apropriadas de expressar os sentimentos/emoções;

2ª Sessão - Lição n.º 4: “Quando estás zangado ou com raiva”, cuja finalidade é ensinar como gerir a raiva e maneiras que ajudam a lidar com a raiva ou com a zanga;

- Lições n.º5: “Quando estás feliz”, cuja finalidade é ensinar aos alunos como se sentirem contentes e a confortarem-se quando estão tristes;

3ª Sessão - Lição n.º 6: “Quando estás preocupado (nervoso) ”, cuja finalidade é ensinar os alunos a gerirem a ansiedade, a preocupação e o medo;

- Lição n.º 7: “Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas”, cuja finalidade é ensinar os alunos a identificarem os sentimentos/emoções dos outros

4ª Sessão Lição n.º 8: “Ser um bom amigo”, cuja finalidade é ensinar aos alunos comunicação básica e aptidão para fazer amizades;

- Lição n.º 9: “Resolver os problemas das pessoas”, cuja finalidade é ensinar os alunos a resolver os problemas com os outros;

5ª Sessão - Lição n.º 10: “Conclusão”, cuja finalidade é rever os conceitos principais e aptidões do Curriculum *Strong Start Pré – K*

6ª Sessão – Pós Teste *WeBeST*.

Teste *WeBeST*

Para medir a capacidade de resiliência na criança em idade pré-escolar, aplicámos o teste *WeBeST – Well-Being Screening Tool*. Este teste foi igualmente desenvolvido na universidade de Oregon, nos Estados Unidos da América, pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas e, posteriormente, traduzido, depois de solicitada autorização ao autor, adaptado por Andreucci (2008) para as crianças brasileiras e por Andreucci e Pereira (2008) para as crianças portuguesas.

O *WeBeST* mede sintomas de afetos negativos, problemas emocionais e sociais, resiliência em crianças de jardim-de-infância e 1º e 2º ano do 1º ciclo de Ensino Básico. Neste estudo foi aplicado somente às crianças em idade pré-escolar, individualmente e diretamente pelas investigadoras, antes e após a implementação do programa *Strong Start Pré-K*, às crianças do grupo experimental e de controlo.

É constituído por 22 questões fechadas com 3 opções cada (Não; Mais ou menos e Sim), pontuadas segundo o método de Likert. Recebem pontuação de 0 a 2, obtendo-se um *score* máximo de 44 e um *score* mínimo de 0. Sendo que este é um teste de aferição negativa, quanto maior o *score* obtido do somatório das respostas, menor a capacidade de resiliência da criança e vice-versa. (anexos 14 a 16).

4.1.4. *Procedimentos*

Após solicitação e autorização junto aos órgãos responsáveis, já descritos anteriormente, procedemos ao envio de pedido de autorização aos pais e ou encarregados de educação para que os alunos pudessem participar neste estudo.

O programa foi implementado em ambos os países durante o primeiro e o segundo semestre de 2008. Em cada sessão foi enviado um boletim com a informação referente aos conteúdos que aprenderam e atividades que desempenharam naquele dia, para que o programa fosse reforçado e estimulado em casa, e assim, obter o apoio e colaboração dos pais.

4.1.5. *Análise dos Dados*

A recolha de dados foi realizada através do instrumento anteriormente descrito através de pré-teste (antes do emprego do programa *Strong Start Pré K*) e pós teste (após a aplicação do Programa) a todas as crianças da amostra, em ambos os países, individualmente.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 17.0

4.2. *Resultados e Discussão*

Resultados comparativos entre Portugal e Brasil

Iremos salientar os resultados que constituíram o primeiro estudo português e brasileiro com o programa *Strong Start Pre K*. O presente trabalho inseriu-se num projeto de investigação mais abrangente sendo que este estudo preliminar contou com a colaboração de uma equipa de excelentes investigadoras e profissionais de Enfermagem portuguesas (Amarílis Rocha, Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira e Tânia Pereira), da Região Centro, e uma equipa brasileira, pedagógica e multidisciplinar de educadoras de infância, psicólogas, diretoras de escola, coordenadoras pedagógicas e médicas de duas instituições brasileiras, localizadas na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, com uma população sócio culturalmente desfavorecida.

Este programa psicoeducativo teve como objetivos promover a resiliência em crianças portuguesas e brasileiras através do ensino e treino de aptidões sociais e

emocionais bem como ensinar a lidar com as situações adversas aumentado a eficácia dos mecanismos de *coping* (estratégias para lidar adequadamente com as situações difíceis).

Grupo Experimental e Grupo Controlo português e brasileiro

No grupo experimental português, o mais representativo é o dos 5 anos, com 44,7%. No grupo experimental brasileiro os mais representativos são os de 4 e 5 anos, com 39% cada um. Em ambos os grupos, os menos representativos são os de 3 anos, com 15,8% (grupo experimental português) e 22,1% (grupo experimental brasileiro), sendo que no grupo controlo os mais representativos são os dos 5 anos, quer em Portugal (47,4%), quer no Brasil (52,7%).

No grupo experimental português a média é de 4,29 anos (DP=0,732) e no brasileiro a média é de 4,17 anos (DP=0,768). No grupo controlo português a média é de 4,21 anos (DP=0,843), ao passo que no grupo controlo brasileiro, a média é de 4,36 anos (DP= 0,751).

Tabela 22 - Distribuição do grupo experimental e do grupo controlo segundo a idade e o país

Portugal							Brasil						
Grupo	Experimental		Controlo		Total		Experimental		Controlo		Total		
Idade	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
4	6	15,8	10	26,3	16	21,1	17	22,1	12	16,2	29	19,2	
	15	39,5	10	26,3	25	32,8	30	39	23	31,1	53	35,1	
	17	44,7	18	47,4	35	46,1	30	39	39	52,7	69	45,7	
Total	38	100	38	100	76	100	77	100	74	100	151	100	

No grupo experimental português há 17 raparigas (44,7%) e 21 rapazes (55,3%) grupo experimental brasileiro há 42 raparigas (54,55%) e 35 rapazes (45,45%). No grupo controlo português, a distribuição da amostra é de 50% para cada um dos sexos, com 19 elementos cada sexo e no grupo controlo brasileiro a distribuição da amostra é de 39 raparigas (52,7%) e 35 rapazes (47,3%).

Tabela 23 - Distribuição do grupo segundo o sexo e o país

Portugal							Brasil						
Grupo	Experimental		Controlo		Total		Grupo	Experimental		Controlo		Total	
Sexo	N	%	N	%	N	%	Sexo	N	%	N	%	N	%
Masculino	17	44,7	19	50	36	47,4	Masculino	35	45,45	35	47,3	70	46,4
Feminino	21	55,3	19	50	40	52,6	Feminino	42	54,55	39	52,7	81	53,6
Total	38	100	38	100	76	100	Total	77	100	74	100	151	100

A resiliência nos grupos experimental e controlo portugueses e brasileiro

No grupo experimental português (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 7 e o máximo de 27, sendo a média de 14,42 (DP= 4,768). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 33, com uma média de 12,16 (DP= 5,217). No pré-teste do grupo de controlo português, o *score* mínimo observado foi 2 e o *score* máximo 24, sendo a média 13,84 (DP=5,558). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 5 e *score* máximo de 24, com uma média de 11,82 (DP=4,741).

No grupo experimental brasileiro, (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 1 e o máximo de 24, sendo a média de 10,12 (DP= 4,896). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 0 e o máximo de 16, com uma média de 5,79 (DP= 3,446). No pré-teste do grupo de controlo, o *score* mínimo observado foi 1 e o *score* máximo 25, sendo a média 10,97 (DP=5,584). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 4 e *score* máximo de 36, com uma média de 13,92 (DP=6,339).

Como resultados totais das amostras, o *score* mínimo do pré teste português foi 2 e o máximo 27, sendo a média 14,13 (DP=5,152); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 4 e o máximo 33, com uma média de 11,99 (DP=4,954). Quanto aos resultados totais obtidos pelo grupo brasileiro, *score* mínimo do pré teste foi 1 e o máximo 25, sendo a média 10,54 (DP=5,244); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 0 e o máximo 36, com uma média de 9,77 (DP= 6,495), conforme a tabela 24

Tabela 24 - Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo português e brasileiro quanto à resiliência

Grupo	País	N	Min	Max	X	DP
Experimental Pré Teste	Portugal	38	7	27	14,42	4,768
	Brasil	77	1	24	10,12	4,896
Controlo Pré Teste	Portugal	38	2	24	13,84	5,558
	Brasil	74	1	25	10,97	5,584
Experimental	Portugal	38	4	33	12,16	5,217
Pós Teste	Brasil	77	0	16	5,79	3,446
Controlo Pós Teste	Portugal	38	5	24	11,82	4,741
	Brasil	74	4	36	13,92	6,339
Total	Portugal	76	2	27	14,13	5,152
Pré Teste	Brasil	151	1	25	10,54	5,244
Total	Portugal	76	4	33	11,99	4,954
Pós Teste	Brasil	151	0	36	9,77	6,495

Passaremos agora, a descrever e analisar os dados de cada país, individualmente.

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos, o sexo a idade, a profissão do pai e da mãe e o número de irmãos em Portugal

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos

Para avaliarmos a resiliência nos grupos de controlo e experimental português, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Em relação às crianças pertencentes ao grupo experimental e às crianças pertencentes ao grupo de controlo, observamos que o grupo experimental apresenta ordenações médias superiores, tanto no pré-teste ($p=0,771$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,925$ n.s.). Mas estas diferenças não são significativas, logo, há homogeneidade entre os grupos, conforme a tabela 25.

Tabela 25 -Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças portuguesas em função do grupo:

Grupo	Controlo	Experimental	UMW	Z	p
n	38	38			
	OM	OM			
Pré Teste	37,76	39,24	694,000	-0,292	0,771
Pós Teste	38,26	38,74	713,000	.0,094	0,925

Estudo da relação entre a resiliência e o sexo

Para avaliarmos a resiliência em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Observamos que no pré-teste, as crianças do sexo feminino apresentam uma ordenação média superior ($p=0,162$ n.s.). Enquanto no pós-teste, as crianças do sexo feminino apresentam uma ordenação média inferior ($p=0,900$ n.s.). Mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 26.

Tabela 26 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em função do sexo

Sexo	Maculino	Feminino	UMW	Z	p
	N=40	N=36			
	O.M.	O.M.			
Pré Teste	35,15	42,22	1586,000	1,397	0,162
Pós Teste	38,80	38,17	708,000	0,125	0,900

Estudo da relação entre a resiliência e a idade

Para avaliarmos a resiliência em função da idade, utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

No pré-teste, observamos que as crianças com 4 anos de idade apresentam uma ordenação média inferior ($p=0,039^*$), enquanto no pós-teste, são as crianças com 5 anos que apresentam uma ordenação média inferior ($p=0,688$ n.s.). Mas estas diferenças não são significativas, exceto entre as idades no pré-teste.

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão do pai

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão do pai, utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Observamos que no pré-teste é no sector primário que a ordenação média é inferior ($p=0,637$ n.s.). Em relação ao pós-teste é nas crianças em que o pai está desempregado que a ordenação média é inferior ($p=0,646$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas, conforme a tabela 27.

Tabela 27 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão do pai

Setor	Primário	Secundário	Terciário	Desemprego	NSNR	Emigrante	X ²	p
N	3	21	34	3	10	6		
O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.			
Pré Teste	32,33	36,79	36,12	49,75	42,60	50,50	3,408	0,637
PósTeste	51,83	34,74	38,69	22,50	41,60	44,08	3,354	0,646

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão da mãe

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão da mãe, utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Observamos que no pré-teste, é no setor terciário que a ordenação média é inferior ($p=0,429$ n.s.). No pós-teste, é nas crianças em que a mãe está desempregada que a ordenação média é inferior ($p=0,515$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas, conforme a tabela 28.

Tabela 28 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão da mãe

Setor	Secundário	Terciário	Desemprego	NSNR	Emigrante	X ²	p
N	11	50	4	8	3		
O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.			
Pré Teste	40,00	36,10	45,25	40,13	59,67	3,833	0,429
PósTeste	41,64	39,78	20,25	36,19	36,17	3,261	0,515

Estudo da relação entre a resiliência e o número de irmãos

Para avaliarmos a resiliência em função do número de irmãos, utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Observamos que no pré-teste, as crianças que referem ter 1 irmão apresentam uma ordenação média inferior ($p=0,025^*$). No pós-teste, são as crianças que referem ter 2 irmãos, que apresentam uma ordenação média inferior ($p=0,300$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas, exceto entre o número de irmãos do pré-teste, conforme a tabela 29.

Tabela 29 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função do número de irmãos

Nº irmãos	0 irmãos	1 irmão	2 irmãos	6 irmãos	X ²	p
N	22	38	15	1		
O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.		
Pré Teste	38,66	35,04	53,17	56,50	9,316	0,025
PósTeste	38,68	41,30	29,87	57,50	3,666	0,300

Estudo da Resiliência em função do sexo, da idade, da profissão do pai e da mãe, do número de irmãos e em função do grupo (intervenção) em Portugal

Estudo da Resiliência em função ao sexo e em função do grupo

De acordo com o **sexo**, os elementos do sexo masculino pertencentes ao grupo experimental, apresentam uma ordenação média superior no pré-teste ($p=0,302$ n.s.) e uma ordenação média inferior no pós-teste ($p=0,860$ n.s.). No sexo feminino, a ordenação média do grupo experimental é superior no pós-teste ($p=0,633$ n.s.) e é inferior no pré-teste ($p=0,546$ n.s.). Porém, estas diferenças não são estatisticamente significativas, comprovando a homogeneidade dos grupos, conforme a tabela 30.

Tabela 30 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo

Grupo		Controlo	Experimental	UMW	Z	p
N		38	38			
Resiliência		O.M.	O.M.			
Masculino	Pré teste	18,50	22,31	161,500	-1,032	0,302
	Pós teste	20,84	20,19	193,000	-0,177	0,860
Feminino	Pré teste	19,50	17,38	142,500	-0,604	0,546
	Pós teste	17,71	19,38	146,500	-0,477	0,633

Estudo da Resiliência em função da idade e em função do grupo

De acordo com a **idade**, as crianças com 3 anos de idade pertencentes ao grupo experimental, apresentam uma ordenação média inferior, tanto no pré-teste ($p=0,253$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,274$ n.s.). As crianças com 4 e 5 anos de idade pertencentes ao grupo experimental, apresentam ordenações médias superiores tanto no pré-teste (4 anos – $p=0,024^*$ e 5 anos – $p=0,908$ n.s.) como no pós-teste (4 anos – $p=0,559$ n.s. e 5 anos – $p=0,507$ n.s.). Não há existência de diferenças entre as médias, exceto entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no pré-teste das crianças de 4 anos de idade, conforme a tabela 31.

Tabela 31- Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à idade e em função do grupo

Grupo		Controlo	Experimental	UMW	Z	p
N		38	38			
Resiliência		O.M.	O.M.			
3 anos	Pré teste	9,55	6,75	19,500	-1,142	0,253
	Pós teste	9,50	6,83	20,000	- 1,094	0,274
4 anos	Pré teste	8,95	15,70	34,500	- 2,256	0,024
	Pós teste	11,95	13,70	64,500	-0,585	0,559
5 anos	Pré Teste	17,81	18,21	149,500	-0,116	0,908
	Pós Teste	16,89	19,18	133,000	-0,066	0,507

Estudo da Resiliência em função da profissão do pai e em função do grupo

Em relação à **profissão do pai**, o grupo experimental apresenta uma ordenação média mais elevada no setor primário no pré-teste ($p=0,221$ n.s.), enquanto no pós-teste, o grupo de controlo e o grupo experimental apresentam ordenações médias iguais ($p=1,000$ n.s.). Em relação ao setor secundário, o grupo experimental apresenta ordenação média inferior no pré-teste ($p=0,944$ n.s.) e ordenação média superior no pós-teste ($p=0,019^*$). No setor terciário, o grupo experimental apresenta ordenação média superior no pré-teste ($p=0,457$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,246$ n.s.). Em relação às crianças que não sabem nem respondem à questão colocada pertencentes ao grupo experimental, apresentam ordenações médias inferiores tanto no pré-teste ($p=0,834$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,674$ n.s.). Em relação às crianças com o pai emigrado, acontece o mesmo como no anterior, tanto no pré-teste ($p=0,064$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,481$ n.s.). Contudo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, exceto a diferença entre os grupos no pós-teste do setor secundário, conforme a tabela 32.

Tabela 32 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo

Grupo		Controlo	Experimental	UMW	Z	p
		N=38	N=38			
Capacidade de Resiliência		O.M.	O.M.			
Setor Primário	Pré-Teste	1,50	3,00	0,000	-1,225	0,221
	Pós-Teste	2,00	2,00	1,000	0,000	1,000
Setor Secundário	Pré-Teste	11,09	10,90	54,000	-0,071	0,944
	Pós-Teste	8,00	14,30	22,000	-2,337	0,019
Setor Terciário	Pré-Teste	16,16	18,69	122,500	-0,744	0,457
	Pós-Teste	9,59	15,64	110,500	-1,159	0,246
Desempregado	Pré-Teste	0,00	1,50	Não Aplicável		
	Pós-Teste	0,00	1,50	Não Aplicável		
NSNR	Pré-Teste	5,70	5,30	11,500	-0,210	0,834
	Pós-Teste	5,90	5,10	10,500	-0,420	0,674
Emigrante	Pré-Teste	4,50	1,50	0,000	-1,852	0,064
	Pós-Teste	3,88	2,75	2,500	-0,705	0,481

Estudo da Resiliência em função da profissão da mãe e em função do grupo

Em relação à **profissão da mãe**, o grupo experimental do setor secundário, apresenta ordenação média superior no pré-teste ($p=0,357$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,219$ n.s.). No setor terciário, o grupo experimental apresenta ordenação média inferior no pré-teste ($p=0,914$ n.s.) e apresenta ordenação média superior no pós-teste ($p=0,806$ n.s.). Nas crianças cujas mães estão desempregadas verifica-se exatamente o contrário, ou seja, a ordenação média no grupo experimental é superior no pré-teste ($p=0,180$ n.s.) e inferior no pós-teste ($p=0,180$ n.s.). Em relação às crianças que não sabem nem respondem à questão colocada pertencentes ao grupo experimental, apresentam ordenações médias inferiores tanto no pré-teste ($p=0,764$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,365$ n.s.). Contudo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, conforme a tabela 33.

Tabela 33 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo

Grupo		Controlo	Experimental	UMW	Z	p
		N=38	N=38			
Capacidade de Resiliencia		O.M.	O.M.			
Setor Secundário	Pré-Teste	4,50	6,56	7,500	-0,921	0,357
	Pós-Teste	4,00	6,75	6,000	-1,230	0,219
Setor Terciário	Pré-Teste	25,70	25,25	302,500	-0,108	0,914
	Pós-Teste	25,05	26,07	295,500	-0,245	0,806
Emigrante	Pré-Teste	2,00	0,00	Não Aplicável		
	Pós-Teste	2,00	0,00	Não Aplicável		
Desemprego	Pré-Teste	1,00	3,00	0,000	-1,342	0,180
	Pós-Teste	4,00	2,00	0,000	-1,342	0,180
NSNR	Pré-Teste	4,83	4,30	6,500	-0,300	0,764
	Pós-Teste	5,50	3,90	4,500	-0,905	0,365

Estudo da Resiliência em função do número de irmãos e em função do grupo

No que diz respeito ao **número de irmãos**, nas crianças do grupo experimental que responderam que não tinham irmãos, observamos uma ordenação média inferior no pré-teste ($p=0,841$ n.s.) e ordenação média superior no pós-teste ($p=0,545$ n.s.). Para as crianças do grupo experimental que têm 1 irmão observamos uma ordenação média superior no pré-teste ($p=0,159$ n.s.) e ordenação média inferior no pós-teste ($p=0,363$ n.s.). Nas crianças pertencentes ao grupo experimental que têm 2 irmãos, apresentam ordenações médias superiores, tanto no pré-teste ($p=0,896$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,428$ n.s.). Mas não se encontram diferenças entre os grupos, comprovando a sua homogeneidade, conforme a tabela 34.

Tabela 34 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo

Grupo		Controlo	Experimental			
		N=38	N=38	UMW	Z	p
Irmãos		O.M.	O.M.	.		
0 irmãos	Pré-Teste	11,89	11,23	55,000	-0,235	0,841
	Pós-Teste	10,50	12,19	49,500	-0,606	0,545
1 irmão	Pré-Teste	16,83	21,90	132,000	-1,480	0,159
	Pós-Teste	21,22	17,95	149,000	-0,909	0,363
2 irmãos	Pré-Teste	7,91	8,25	21,000	-0,131	0,896
	Pós-Teste	7,45	9,50	16,000	-0,794	0,428
6 irmãos	Pré-Teste	Não aplicável	Não aplicável			
	Pós-Teste					

Estudo da relação da resiliência entre grupos de controlo e da resiliência entre os grupos experimentais

Para avaliarmos a resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo, utilizamos o teste de Wilcoxon.

No grupo de controlo, as ordenações negativas são superiores às ordenações positivas ($p=0,107$ n.s.), o que significa que as pontuações de resiliência do pré-teste são superiores às do pós-teste. No entanto, este resultado não é estatisticamente significativo.

No grupo experimental, as ordenações positivas são superiores às ordenações negativas ($p=0,043^*$), pelo que as pontuações do pós-teste são superiores à do pré-teste. Sendo que o valor da probabilidade é estatisticamente significativa, logo a intervenção realizada teve influência nas crianças, conforme a tabela 35.

Tabela 35 - Resultado do teste de Wilcoxon, da resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo

Grupo	Ordenações Positivas	Ordenações Negativas	Z	p
Grupo de Controlo versus Grupo de Controlo	15,37	20,74	-1,613	0,107
Grupo Experimental versus Grupo Experimental	19,15	17,54	-2,027	0,043

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos, o sexo a idade, a profissão do pai e da mãe no Brasil

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos

Para avaliarmos a resiliência nos grupos de controlo e experimental brasileiro, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Em relação às crianças pertencentes ao grupo experimental e às crianças pertencentes ao grupo de controlo, observamos que o grupo experimental apresenta ordenações médias inferiores quer no pré-teste ($p=0,352$ n.s.) quer no pós-teste ($p=0,000^{***}$ a.s.), sendo estas últimas significativas, o que equivale a rejeitar a hipótese nula, ou seja, houve diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo controlo no pós

teste, o que resultou na efetiva intervenção do programa da resiliência no estudo realizado, conforme a tabela 36.

Tabela 36 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em função do grupo:

Grupo	Controlo	Experimental	UMW	Z	p
n	N=74	N=77			
	OM	OM			
Pré Teste	79,37	72,76	2599,500	-0,931	0,352
Pós Teste	105,86	47,31	639,500	.0,094	0,000

Estudo da relação entre a resiliência e o sexo

Para avaliarmos a resiliência em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Observamos que as crianças do sexo masculino apresentam uma ordenação média superior quer no pré teste ($p=0,461$ n.s.), quer no pós-teste ($p=0,349$ n.s.). Mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos conforme a tabela 37.

Tabela 37 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em função do sexo

Sexo	Maculino	Feminino	UMW	Z	p
	N=70	N=81			
	O.M.	O.M.			
Pré Teste	78,81	73,57	2638,000	0,737	0,461
Pós Teste	79,58	72,91	2584,500	0,937	0,349

Estudo da relação entre a resiliência e a idade

Para avaliarmos a resiliência em função da idade, utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

No pré-teste, observamos que as crianças com 4 anos de idade apresentam uma ordenação média inferior ($p=0,131$), quer no pós-teste, quer no pós teste ($p=0,068$ n.s.). Mas estas diferenças não são significativas, conforme a tabela 38.

Tabela 38 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência das crianças brasileiras em função da idade

Idade	3 anos	4 anos	5 anos	X ²	p
	N=29	N=53	N= 69		
	O.M.	O.M.	O.M.		
Pré-Teste	90,59	71,56	73,28	4,059	0,131
Pós-Teste	77,76	65,20	83,56	5,369	0,068

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão do pai

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão do pai, utilizamos o teste Kruskal-Wallis. Observamos que no pré-teste os alunos que não têm pai apresentam ordenação média inferior ($p=0,0896$ n.s.). Em relação ao pós-teste é nas crianças em que o pai está reformado que a ordenação média é inferior ($p=0,014^*$). O pós teste apresenta diferença estatisticamente significativa, o que rejeita a hipótese nula, ou seja, a profissão dos pais interfere na resiliência, conforme a tabela 39.

Tabela 39 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência das crianças brasileiras em função da profissão do pai

Profissão do Pai	Primário	Secundário	Terciário	Desemprego	NSNR	Preso	Reformado	Sem pai	X ²	p
	N=1	N=38	N=98	N=3	N=4	N=1	N=5	N=1		
	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.		
Pré-Teste	114,00	81,49	73,79	66,33	68,25	90,50	86,00	41,50	2,883	0,0896
Pós-Teste	111,50	61,38	38,69	73,83	34,25	46,00	38,30	111,50	17,593	0,014

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão da mãe

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão da mãe, utilizamos o teste Kruskal-Wallis

Observamos que no pré-teste são as mães que estão presas têm a ordenação média inferior ($p=0,321$ n.s.). O mesmo acontece no pós teste, que também apresenta a ordenação média inferior ($p=0,307$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas, conforme a tabela 40.

Tabela 40 - Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência das crianças brasileiras em função da profissão da mãe

Setor	Secundário	Terciário	Desemprego	Presa	Refomada	Sem mãe		
N	N=4	N=143	N=1	N=1	N=1	N=1		
OM.	0.M.	0.M.	0.M.	0.M.	0.M.	0.M.	X2	p
Pré-Teste	47,13	76,91	41,50	29,00	77,50	141,50	5,585	0,321
Pós-Teste	54,00	77,66	62,50	5,50	13,50	73,00	5,991	0,307

Estudo da Resiliência em função do sexo, da idade, da profissão do pai e da mãe e em função do grupo (intervenção) no Brasil

Estudo da Resiliência em função ao sexo e em função do grupo (intervenção)

De acordo com o **sexo**, os elementos do sexo masculino pertencentes ao grupo experimental, apresentam uma ordenação média inferior no pré-teste ($p=0,625$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,000$.*** a.s.). No sexo feminino também as ordenações médias do grupo experimental são inferiores no pré teste ($p=0,396$) e no pós-teste ($p=0,000$ ***), sendo ambas as diferenças estatisticamente significativas, comprovando que o sexo interferiu nos resultados, contrariando a hipótese nula, conforme a tabela 41.

Tabela 41 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em relação ao sexo e em função do grupo

Grupo		Controlo	Experimental	UMW	Z	p
N		74	77			
Resiliência		O.M.	O.M.			
Masculino	Pré teste	36,69	34,31	571,000	-0,489	0,625
	Pós teste	48,96	22,04	141,500	- 5,543	0,000
Feminino	Pré teste	43,29	38,87	729,500	-0,849	0,396
	Pós teste	57,40	25,77	179,500	-6,069	0,000

Estudo da Resiliência em função da idade e em função do grupo (intervenção)

De acordo com a **idade**, as crianças com 3 ($p=0,369$ n.s.), 4 ($p=0,174$) e 5 anos de idade ($p= 0,780$), pertencentes ao grupo experimental, apresentam ordenações médias inferiores no pré teste, mas estas diferenças não são estatisticamente significativas, o que comprova a homogeneidade entre os grupos, conforme a tabela 42.

Tabela 42- Resultado do teste T-Independente, da resiliência das crianças brasileiras em relação à idade e em função do grupo

Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental		
N		N=74	N=77		
O.M.		O.M.	O.M.	t	p
3 anos	Pré Teste	13,08	11,24	- 0,913	0,369
4 anos	Pré Teste	11,52	9,27	- 1,389	0,174

O mesmo se deu no pós teste onde, as crianças com 3, 4 e 5 anos de idade ($p=0,000^{***}$) pertencentes ao grupo experimental, apresentam uma ordenação média inferior. Há diferenças significativas no pós teste de todas as idades, o que significa que a idade interfere nos resultados, contrariando a hipótese nula, conforme a tabela 43.

Tabela 43 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em relação à idade e em função do grupo

Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental			
N		N=74	N=77			
O.M.		O.M	O.M	UMW	Z	p
3 anos	Pós-Teste	22,17	9,94	16,000	-3,821	0,000
4 anos	Pós-Teste	39,89	17,12	48,500	-5,348	0,000
5 Anos	Pré-Teste	34,41	45,10	562,000	-0,279	0,780
	Pós-Teste	35,77	21,87	191,000	-4,779	0,000

Estudo da Resiliência em função da profissão do pai e em função do grupo (intervenção)

Em relação à **profissão do pai**, o grupo experimental apresenta uma ordenação média mais elevada no setor secundário no pré-teste ($p=0,924$ n.s.), enquanto no pós-teste, apresenta ordenação média menor ($p=0,0061$ n.s.). Em relação ao setor terciário, o grupo experimental apresenta ordenação média inferior no pré-teste ($p=0,065$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,000^{***}$). Em relação às crianças com o pai desempregado, as ordenações médias são iguais no pré teste do grupo controlo e do grupo experimental ($p=1,000$) e são menores no pós teste do grupo experimental ($p=0,221$ n.s.). Quanto às crianças do grupo experimental sem pai ou que não declararam as profissões dos pais as ordenações médias são superiores no pré e no pós teste. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no pós teste do setor terciário, o que significa que a profissão do pai que trabalha no setor terciário interfere nos resultados da intervenção, conforme as tabelas 44 e 45.

Tabela 44 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo

Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental		
N		N=74	N=77		
O.M.		O.M.	O.M.	t	p
Setor Secundário	Pré-Teste	10,25	10,88	0,253	0,924

Tabela 45 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo

Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental			
N		N=74	N=77			
O.M.		O.M.	O.M.	UMW	Z	p
Setor Secundário						

	Pós-Teste	29,25	18,35	29,000	-1,871	0,061
Setor Terciário	Pré-Teste	53,18	41,91	813,00 0	-1,845	0,065
	Pós-Teste	62,70	22,27	184,50 0	-6,616	0,000
Desemprego	Pré-Teste	2,00	2,00	1,000	0,000	1,000
	Pós-Teste	2,50	1,00	0,000	-1,225	0,221
NSNR	Pré-Teste	0,00	2,50	Não Aplicável		
	Pós-Teste	0,00	2,50	Não Aplicável		
Não tem pai	Pós-Teste	0,00	3,00	Não Aplicável		
	Pós-Teste	0,00	3,00	Não Aplicável		

Estudo da Resiliência em função da profissão da mãe e em função do grupo (intervenção)

Em relação à **profissão da mãe**, o grupo experimental do setor secundário, o grupo experimental apresenta ordenações médias inferiores no pré-teste ($p=0,180$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,180$ n.s.). No setor terciário, o grupo experimental apresenta ordenação média inferior no pré-teste ($p=0,395$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,000^{***}$), portanto foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no pós teste do grupo experimental do setor terciário, conforme a tabela 46.

Tabela 46 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência das crianças brasileiras em relação à profissão da mãe e em função do grupo

Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	UMW	Z	p
N		N=74	N=77			
		O.M.	O.M.			
Setor Secundário	Pré-Teste	4,00	2,00	0,000	-1,342	0,180
	Pós-Teste	4,00	2,00	0,000	-1,342	0,180
Setor Terciário	Pré-Teste	74,92	69,04	2.346,000	-0,850	0395
	Pós-Teste	99,17	44,04	599,500	-7,920	0,000

Conclusão integrativa dos resultados

Os resultados deste estudo 1 indicam que quando comparados o grupo experimental e o grupo controlo de Portugal e do Brasil, a evolução da resiliência foi bem-sucedida ao nível do grupo que se submeteu ao Programa Strong Start Pré K nos dois países, sendo tais valores indicadores de que estas crianças melhoraram a sua capacidade de resiliência. Especificamente ao nível do controlo das suas emoções e no lidar com os problemas e as emoções próprias e dos outros, e também a nível da empatia.

Apesar de na nossa pesquisa não termos encontrado estudos comparativos ou que permitam estabelecer alguma discussão mais detalhada com a aplicação do programa Strong Start, pudemos observar que Chari (2011) realizou um estudo adaptando o referido programa aplicando-o a faixas etárias superiores, falamos de 5 a 8 anos, com o intuito de criar um novo programa, The Brooks Afterschool Socio-Emotional (BASE). O investigador obteve o mesmo resultado quando avaliou os alunos através da aplicação do mesmo teste (WeBeST).

Estudos de Andreucci (2008), Yunes (2001) Grotberg (1993ab), bem como Linsdtröm (1998) e Garnezi (1993) têm vindo a salientar a importância da intervenção ao nível dos fatores de proteção, tais como a aposta na promoção da autoestima, do autoconceito, do desenvolvimento de competências pessoais e sociais e no lidar adequadamente com as emoções próprias e dos outros e não só a nível dos fatores de risco. Os fatores de proteção citados foram marcos importantes na construção, elaboração e na implementação do programa por nós delineado e aplicado.

A realização desta investigação comparativa que envolveu vários técnicos de diferentes formações desde professores, psicólogos, educadores de infância, técnicos de assistência social, enfermeiros e médicos foi bastante exigente e desgastante em termos pessoais e profissionais. Contudo, foi altamente gratificante observar-se os resultados positivos e o progresso verificado nas crianças e no modo como elas desenvolveram as suas competências.

De acordo com as hipóteses levantadas, na amostra portuguesa somente confirmou-se totalmente a H4, que declara que as crianças submetidas ao Programa

Strong Start Pre K apresentam melhores resultados que as que não foram submetidas ($p=0,043$).

Já na amostra brasileira a H3 que trata que as variáveis sociodemográficas influenciam a resiliência na criança em idade pré-escolar pode ser confirmada quando analisadas a resiliência, as variáveis e os grupos, ou seja, nas que tiveram a intervenção, há diferenças significativas quer no grupo dos rapazes, quer no das raparigas ($p=0,000$), assim como para todas as idades ($p=0,000$) e nas crianças do grupo experimental em que pais e mães trabalham no setor terciário ($p=0,000$).

Na mesma amostra a H4 (as crianças submetidas ao Programa *Strong Start Pre K* apresentam melhores resultados que as não submetidas também está confirmada ($p=0,000$).

No próximo capítulo iremos abordar o estudo realizado no Brasil sobre a psicomotricidade, dividido em Fase A e Fase B, que contou com 60 crianças de 5 anos, frequentadoras do Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em período integral ou em meio período.

CAPÍTULO 5 – Estudo sobre a psicomotricidade em crianças brasileiras (Estudo 2)

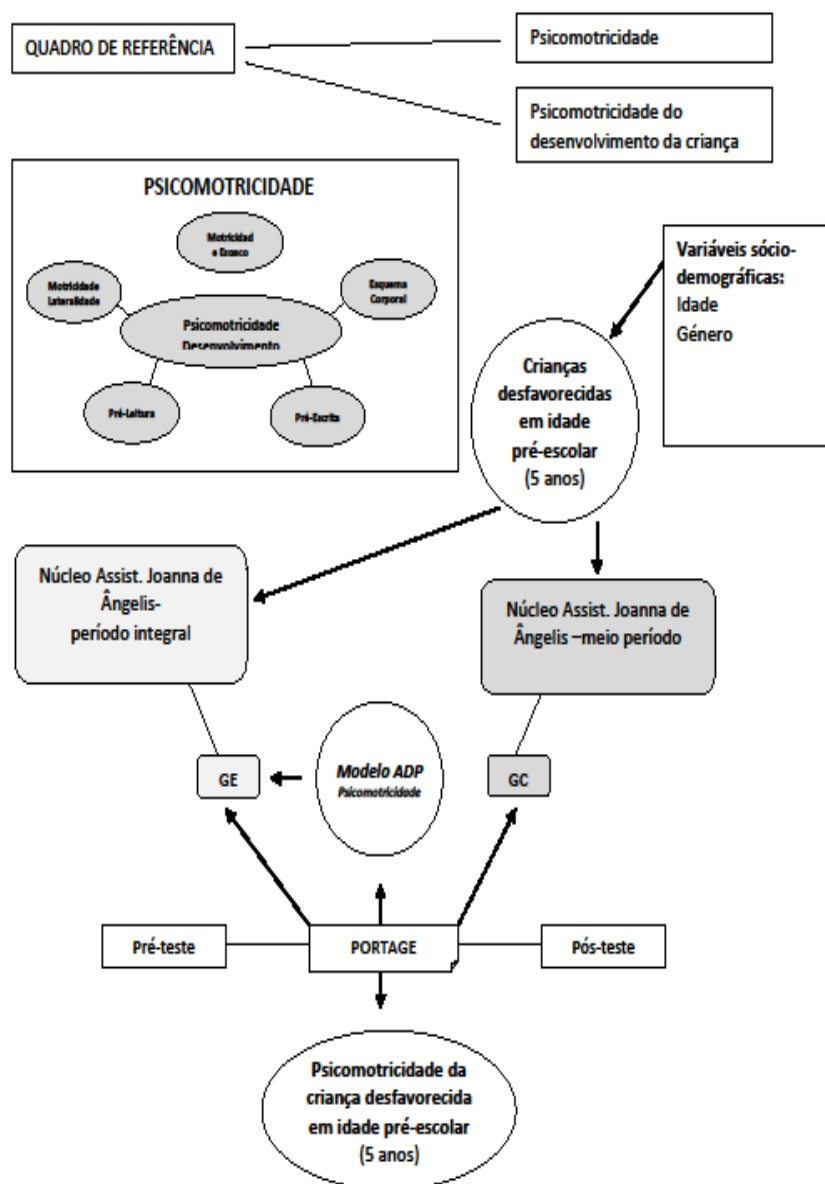
CAPÍTULO 5 – Estudo sobre a psicomotricidade em crianças brasileiras

Neste capítulo pretende-se descrever o **estudo 2** desta investigação. Este estudo decorreu nas dependências do Nucleo assistencial Joana de Ângelis onde se recebem crianças a tempo integral, constituindo um grupo designado neste estudo por **NA-PI** e a meio tempo (Período da manhã), constituindo um grupo designado neste estudo por **NA-MP**. As primeiras permanecem nas instalações do núcleo das 7:30 às 17 horas onde frequentam no período da manhã, tais como as crianças de meio período (7:30 às 11:30), atividades extra curriculares de dança, musica, inglês, entre outros. No período da tarde os alunos do período integral permanecem no Núcleo onde frequentam as aulas regulares inerentes ao programa pré-escolar nacional e as outras saem do Núcleo para frequentar outras escolas.

Começaremos por descrever cada uma das duas fases do estudo (Fase A e Fase B) tal como se pode observar na figura abaixo, tendo em conta que a fase A engloba crianças dos dois períodos e a fase B apenas considera as que frequentam o núcleo a meio tempo.

5.1.Desenho da Investigação e Objetivos

Figura 4 - Desenho da Investigação sobre a psicomotricidade no Brasil – Fase A



GE – Grupo de Controlo
GC – Grupo Experimental

Descrição da Fase A

Tendo como objetivo avaliar se há diferenças no desenvolvimento psicomotor entre as crianças de 5 anos de idade que frequentam o Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis da cidade de Botucatu, estado de São Paulo, Brasil, em período integral, que têm atividades de psicomotricidade duas vezes ao dia e as outras crianças que também frequentam parcialmente as atividades do Núcleo, em meio período, mas que se encontram inscritas em outras Instituições e que não têm atividades psicomotoras nas suas instituições de origem, foram selecionadas para o primeiro grupo 32 crianças e para o segundo grupo 28 crianças, num total de 60 participantes na amostra. Fizeram parte dos testes as modalidades estimulação infantil, autocuidados, cognição, desenvolvimento motor, linguagem e socialização do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) para as crianças brasileiras, de Williams e Aiello (2009).

Descrição da Fase B

Tendo como objetivo avaliar se há diferenças no desenvolvimento psicomotor entre as crianças de 5 anos de idade que frequentam o Nucleo Assistencial e sim outras Instituições de Ensino, que não têm atividades psicomotoras nas suas instituições de origem, foram ministradas atividades de psicomotricidade ao grupo de 28 crianças que participaram da fase A deste estudo. Fizeram parte dos testes as mesmas modalidades do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) utilizadas anteriormente e foi considerado como pré teste os resultados anteriormente obtidos por estas mesmas crianças.

Após a intervenção, que ocorreu num período de 6 semanas, na área da psicomotricidade, foi realizado um pós teste para a verificação da eficácia da mesma, e foi realizado um pós teste.

5.1.1. Amostra do Estudo 2

A amostra considerada para este estudo, alunos matriculados no Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis foi composta por 60 crianças com 5 anos de idade e a frequentarem em período integral ou meio período. Destas, 29 eram rapazes (48,33%) e 31 eram raparigas (51,67%).

Caracterização dos Grupos segundo o sexo

O Grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA- PI) é composto por 32 inscritos, que representam 53,3% da amostra (DP= 0,507) e o Grupo das crianças que frequentam o Núcleo em meio período e outras instituições no período da tarde (NA-MP) tem 28 inscritos, que representam 46,7% da amostra, (DP= 0,509). No Grupo NA-PI existem 15 rapazes, que representam 46,88% da amostra e 17 raparigas, que representam 53,12% da amostra. No Grupo NA-MP, os sexos se distribuem de igual modo, correspondendo cada um a 50% da amostra, ou seja 14 rapazes e 14 raparigas.

Caracterização dos Grupos segundo a Profissão dos Pais

No Grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI), 46,9% dos pais trabalham no setor secundário, 40,6% no setor terciário, 9,4% não tinham profissão declarada e 3,1% do total da amostra estavam desempregados aquando da investigação (DP= 0,91). No Grupo das crianças que frequentam por meio período, 50% dos pais trabalha no setor secundário, 28,6% no setor terciário, 10,7% não tinham profissão declarada, e 3,6% dos restantes ou estavam desempregados, ou reformados ou as crianças não tinham pai. (DP=1,58).

Caracterização dos Grupos segundo a Profissão das mães

No Grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI), 3,1% das mães trabalha no setor secundário, 75% no setor terciário, 6,3% não tinha profissão declarada e 15,6% da amostra não tinha mãe aquando da investigação. No Grupo das crianças que frequentam por meio período, 14,3% das mães trabalham no setor secundário, 64,3% no setor terciário, 7,1% não tinha profissão declarada, e 14,3% dos restantes não tinham mãe, conforme demonstra a tabela 47.

Caracterização dos Grupos e Número de irmãos

No Grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI), 18,8% da amostra não tem irmãos, 15,6% tem 1 irmão, 18,8% tem 2 irmãos, 34,4% tem 3 irmãos, 9,4% tem 5 irmãos e 3,1% tem seis irmãos (M=2,2; D.P= 1,62). No Grupo das crianças que frequentam por meio período, 25% da amostra não tem irmãos, 10,7% tem 1 irmão, 28,6% tem 2 irmãos, 25% tem 3 irmãos e 3,6% têm 4,5 e 6 irmãos. (M=1,96; DP= 1,57).

Tabela 47 - Características sociodemográficas da Amostra Brasileira do Estudo 2

Características sociodemográficas da Amostra Brasileira	NA-PI (n= 32; 53,3 %)		NA-MP (n= 28; 46,7 %)		Total (n= 60; 100%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	15	46,88	14	50	29	48,3
Feminino	17	53,12	14	50	31	51,7
Total	32	100	28	100	60	100
Profissão do Pai						
Setor Primário	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Setor Secundário	15	46,9	14	50,00	29	48,3
Setor Terciário	13	40,6	8	28,6	21	35,00
Desempregado	1	3,1	1	3,6	2	3,3
NSNR	3	9,4	3	10,7	6	10,00
Preso	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não tem pai	0	0,00	1	3,6	1	1,7
Reformado	0	0,00	1	3,6	1	1,7
Total	32	100	28	100	60	100
Profissão da mãe						
Setor Secundário	1	3,1	4	14,3	5	8,3
Setor Terciário	24	75,00	18	64,3	42	70,00
Desempregada	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NSNR	2	6,3	2	7,1	4	6,7
Não tem mãe	5	15,6	4	14,3	9	15,00

Reformada	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	32	100	28	100	60	100

5.1.2. *Instrumentos*

Foram utilizados os programas de intervenção na área da psicomotricidade e o Inventário Portage Operacionalizado (IPO), já descritos na metodologia geral.

5.1.3. *Procedimentos*

Após a obtenção da autorização (Consentimento livre e esclarecido, anexo 9) dos pais ou responsáveis, procedemos com o Pré Teste do Inventário, sendo as avaliações feitas numa sala previamente preparada com os materiais indicados no Protocolo, tais como, diferentes objetos, brinquedos, jogos, de acordo com as faixas etárias correspondentes, em cada área de desenvolvimento.

O critério de desenvolvimento comum, de acordo com o estabelecido no Inventário nas suas diversas áreas envolveu a ocorrência de no mínimo três respostas certas em quatro tentativas. Para que uma resposta fosse considerada certa, deveria ser respondida num prazo de trinta segundos a contar da formulação da pergunta que tinha o seguinte procedimento: instrução, modelo e/ou apresentação de um determinado objeto, conforme o caso.

Conforme a instrução dada no Inventário Portage, quando a criança não respondia ao estímulo dado, havia retrocesso na faixa etária.

A tarefa a ser realizada era apresentada três vezes, se a criança obtivesse pelo menos um acerto, passava-se para a próxima tarefa. Caso a criança não conseguisse nenhum acerto mediante as três oportunidades dadas, havia interrupção do processo e passava-se para a faixa etária anterior. Se a criança não acertasse cinco itens, retrocedia-se na faixa etária. Só foram consideradas como atividades realizadas aquelas cujas observações foram tidas como positivas para os observadores. Williams e Aiello (2009)

ainda recomendam encerrar uma avaliação de determinada área quando a criança apresentar quinze respostas incorretas.

5.1.4. *Análise dos dados*

Foi utilizado o aplicativo de informática Excel® (*Microsoft Office*®) para tabulação e confecção de gráficos e o aplicativo estatístico SPSS® nas versões 17.0 e 18.0 para as análises estatísticas.

5.2. *Resultados e Discussão*

Fase A: Resultados globais do Portage obtidos pela amostra brasileira

Uma reta de regressão foi estabelecida por Williams e Aiello (2009), conforme o demonstra a Tabela 48 para melhor avaliar as crianças brasileiras em suas performances. No trabalho original de Sommers, McGregor, Lesh e Reed (1980) esta reta de regressão não existia.

Para a faixa de idade dos 5 anos, foi estabelecido um valor máximo de 85 pontos na área da linguagem, 84 na área da cognição, 73 na área da socialização, 87 na área dos autocuidados, 116 na área do Desenvolvimento Motor e 491 como desempenho global.

Para a faixa dos 6 anos de idade os valores estabelecidos foram: 103 pontos para a área da linguagem, 104 na área da cognição, 89 na área da socialização, 107 nos autocuidados, 124 para o desenvolvimento motor e um total de 576 pontos para o desempenho global.

Tabela 48 - Resultados a serem obtidos segundo o Inventário Portage Operacionalizado (IPO), Aiello & Williams (2009):

Area/ Idade	1	2	3	4	5	6
Linguagem	13	31	49	67	85	103
Cognição	8	27	46	65	84	104
Socialização	30	41	51	62	73	89
Autocuidados	11	30	49	68	87	107
D. Motor	44	62	80	98	116	124
Global	151	236	321	406	491	576

No que se refere à psicomotricidade, o teste da amostra no seu global apresentou os seguintes resultados totais: o mínimo foi de 327 acertos (56,77%), o máximo chegou a 561 acertos (97,40%), a média foi de 499,08 (86,67%) e o DP=9,42.

Para os rapazes, o mínimo foi de 341 acertos (59,205) e o máximo 561 acertos (97,40%), sendo a média 493,52 (85,68%) e o DP= 9,60.

As raparigas obtiveram um mínimo de 327 acertos (56,77%), o máximo de 560 acertos (97,22%), a média de 504,65 (87,61%) e o DP=9,31.

Na área da *Estimulação Infantil*, houve 100% de acertos.

Na área dos *Autocuidados*, o mínimo foi de 48 acertos (44,86%), o máximo foi de 103 acertos (96,26 %), a média foi de 89,60 (83,86%) e o DP=10,64. Os rapazes tiveram um mínimo de 67 acertos (62,62%) e o máximo de 103 acertos (96,26%), a média foi de 88,90 (83,08%) e o DP= 10,07. As raparigas tiveram o mínimo de 48 acertos (44,86%) e o máximo de 103 acertos (96,26%), a média de 90,26 acertos (84,59%) e o DP= 11,26 ;

Na área da *Cognição*, o mínimo foi de 40 acertos (38,46 %) e o máximo 105 acertos (100,96 %), a média de 84,82 (81,55%) e o DP= 15,36. Os rapazes tiveram um mínimo de 45 acertos (43,27%) e o máximo de 104 acertos (100%), a média foi de 83,90 (80,66%) e o DP= 15,96. As raparigas tiveram o mínimo de 40 acertos (38,46%) e o máximo de 105 acertos (100,96%), a média de 85,68 acertos (82,38%) e o DP= 15,00.

Quanto ao *Desenvolvimento Motor*, o mínimo foi de 87 acertos (70,16%), o máximo 139 acertos (112,10%), a média de 123,67 (99,78%) e o DP= 12,16. Os rapazes tiveram um mínimo de 87 acertos (70,16%) e o máximo de 138 acertos (111,29%), a média foi de 123,03 (99,22%) e o DP= 11,86. As raparigas tiveram o mínimo de 87 acertos (70,16%) e o máximo de 139acertos (112,10%), a média de 124,26 acertos (100,31) e o DP= 12,60.

No que diz respeito à *Linguagem*, os alunos obtiveram um mínimo de 49 acertos (47,57%) e um máximo de 94 acertos (91,26 %), com uma média de 80,53 acertos (78,17%) e um DP de 10,75. Os rapazes tiveram um mínimo de 49 acertos (47,57%) e o máximo de 93 acertos (90,29%), a média foi de 79,41 (77,10%) e o DP= 10,93. As raparigas tiveram o mínimo de 50 acertos (48,54 %) e o máximo de 94 acertos (91,26%), a média de 81,58 acertos (79,17%) e o DP= 10,69.

O mínimo na área da *Socialização* foi de 46 acertos (51,69%) e o máximo de 83 acertos (93,26%), sendo a média 75,63 (84,98%) o DP =9,34. Os rapazes tiveram um mínimo de 46 acertos (51,69 %) e o máximo de 83 acertos (93,26%), a média foi de 73,28 (82,33%) e o DP= 10,95. As raparigas tiveram o mínimo de 57 acertos (64,04%) e o máximo de 83 acertos (93,26%), a média de 77,84acertos (87,45%) e o DP= 6,84.

Portage do Grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI)

No Teste do Grupo dos frequentadores Núcleo em período integral (NA-PI), o mínimo foi de 493 acertos (85,59%), o máximo chegou a 561 acertos (97,40%), a média foi de 540,53 pontos (93,84%) e o DP=2,79. Os rapazes tiveram um mínimo de 493 acertos (85,59 %) e o máximo de 561 acertos (97,40%), a média foi de 535,33 (92,94%) e o DP= 3,32. As raparigas tiveram o mínimo de 521 acertos (90,45%) e o máximo de 560 acertos (97,22%), a média de 545,12 acertos (94,63%) e o DP= 2,014.

Na área da *Estimulação Infantil*, houve 100% de acertos.

Na área dos *Autocuidados*, o mínimo foi de 83 pontos (77,57%) e o máximo de 103 (96,26%), a média foi de 97,13 (91,00%) e o DP=5,06. Os rapazes tiveram um mínimo de 90 acertos (77,57 %) e o máximo de 103 acertos (96,26%), a média foi de 96,60 (89,84 %) e o DP= 5,06. As raparigas tiveram o mínimo de 83 acertos (78,50 %) e o máximo de 103 acertos (96,26%), a média de 97,59 acertos (92,02%) e o DP= 6,124.

Quanto à *Cognição*, o mínimo foi de 74 pontos (71,15%) e o máximo de 105 (100,96%), sendo a média 96,34 pontos (92,63%) e o DP=6,52. Os rapazes tiveram um mínimo de 74 acertos (71,15 %) e o máximo de 105 acertos (100,96 %), a média foi de 97,13 (91,73%) e o DP= 8,43. As raparigas tiveram o mínimo de 77 acertos (83,65%) e o máximo de 104 acertos (100 %), a média de 95,65 acertos (93,44%) e o DP= 6,84.

Na área do *Desenvolvimento Motor*, o mínimo foi de 123 pontos (99,19%) e o máximo de 139 (112,10%), a média foi de 134,09 pontos (108,24%) e o DP=2,86. Os rapazes tiveram um mínimo de 123 acertos (99,19 %) e o máximo de 139 acertos (111,29%), a média foi de 133,27 (107,63%) e o DP= 3,41. As raparigas tiveram o

mínimo de 129 acertos (104,03%) e o máximo de 138 acertos (112,10%), a média de 134,82 acertos (108,77%) e o DP= 2,24.

Na área da *Linguagem* o mínimo foi de 75 pontos (72,81%) e o máximo de 94 (91,26%), a média foi de 87,97 pontos (85,37%) e o DP=5,48. Os rapazes tiveram um mínimo de 80 acertos (72,82 %) e o máximo de 94 acertos (90,29%), a média foi de 89,80 (84,59%) e o DP= 6,18. As raparigas tiveram o mínimo de 75 acertos (76,70%) e o máximo de 93 acertos (91,26%), a média de 86,35 acertos (86,06%) e o DP= 4,86.

Na Socialização, os alunos atingiram um mínimo de 72 pontos (80,90%) e o máximo de 83 pontos (93,26%), a média foi de 79,66 pontos (89,49%) e o DP= 3,41. Os rapazes tiveram um mínimo de 72 acertos (80,90 %) e o máximo de 82 acertos (92,13%), a média foi de 79,87 (87,86 %) e o DP= 3,94. As raparigas tiveram o mínimo de 72 acertos (84,27 %) e o máximo de 83 acertos (93,26%), a média de 79,47 acertos (90,94 %) e o DP= 2,08

Portage do Grupo dos Frequentadores do Núcleo em meio período (NA-MP)

No Teste do Grupo das crianças que frequentam também outras instituições (NA-MP), o mínimo foi de 327 acertos (56,77%), o máximo chegou a 496 acertos (86,11%), a média foi de 452,11 pontos (78,49%) e o DP=7,40. Os rapazes tiveram um mínimo de 341 acertos (59,20 %) e o máximo de 494 acertos (85,76 %), a média foi de 448,71 (77,90%) e o DP= 7,78. As raparigas tiveram o mínimo de 327 acertos (56,77 %) e o máximo de 496 acertos (86,11%), a média de 455,50 acertos (79,08%) e o DP= 7,23.

Na área da *Estimulação Infantil*, houve 100% de acertos.

Na área dos *Autocuidados*, o mínimo foi de 48 pontos (44,86%) e o máximo de 99 pontos (92,52%), a média foi de 81 pontos (75,69%) e o DP= 9,40. Os rapazes tiveram um mínimo de 73 acertos (62,62 %) e o máximo de 99 acertos (92,52 %), a média foi de 83,14 (75,83%) e o DP= 8,22. As raparigas tiveram o mínimo de 48 acertos (44,86 %) e o máximo de 89 acertos (84,11 %), a média de 78,86 acertos (75,56 %) e o DP= 10,10.

Quanto à *Cognição*, o mínimo foi de 40 pontos (38,46%) e o máximo de 91 (87,50%), sendo a média 71,64 pontos (68,88%) e o DP=12,45. Os rapazes tiveram um mínimo de 65 acertos (43,27 %) e o máximo de 87 acertos (83,65%), a média foi de 77,00 (68,81%) e o DP= 7,85. As raparigas tiveram o mínimo de 40 acertos (38,46 %) e o máximo de 91 acertos (87,50 %), a média de 78,86 acertos (68,95) e o DP= 11,92.

Na área do *Desenvolvimento Motor*, o mínimo foi de 87 pontos (70,16%) e o máximo de 138 (111,29%), a média foi de 111,75 pontos (90,12%) e o DP=11,50. Os rapazes tiveram um mínimo de 104 acertos (70,16 %) e o máximo de 138 acertos (111,29 %), a média foi de 122,86 (90,20 %) e o DP= 8,32. As raparigas tiveram o mínimo de 87 acertos (70,16 %) e o máximo de 117 acertos (106,45 %), a média de 100,64 acertos (90,03%) e o DP=12,38.

Na área da *Linguagem* o mínimo foi de 49 pontos (47,57%) e o máximo de 91 (88,35%), a média foi de 72,04 pontos (69,93%) e o DP=9,30. Os rapazes tiveram um mínimo de 63 acertos (47,57 %) e o máximo de 85 acertos (82,52%), a média foi de 73,07 (69,06 %) e o DP= 6,48. As raparigas tiveram o mínimo de 49 acertos (47,57 %) e o máximo de 91 acertos (88,35 %), a média de 71,00 acertos (70,80) e o DP= 9,80.

Na *Socialização*, os alunos atingiram um mínimo de 46 pontos (51,69%) e o máximo de 83 pontos (93,26%), a média foi de 71,04 pontos (79,81%) e o DP=11,21. Os rapazes tiveram um mínimo de 59 acertos (51,69 %) e o máximo de 83 acertos (93,26%), a média foi de 70,29 (76,40 %) e o DP= 7,48. As raparigas tiveram o mínimo de 46 acertos (64,04%) e o máximo de 83 acertos (93,26%), a média de 71,79 acertos (83,22%) e o DP= 8,22.

Comparações com trabalhos de outros Autores

Embora o Inventário tenha sido elaborado originalmente nos Estados Unidos, foi possível sua aplicação na realidade brasileira. Analisaremos aqui um estudo realizado por Murta e sua equipa em 2011, que abrangeu também crianças desfavorecidas com 5 anos de idade em Diamantina, Minas Gerais, conforme a tabela 49.

Tabela 49 - Desempenho nas áreas de desenvolvimento (cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização) em percentagem para a faixa etária das crianças, em comparação com os resultados obtidos por Murta (2011).

• Teste %	Autocuidados	Cognição	Desenvolvimento Motor	Linguagem	Socialização
• Murta	58,89	32,95	84,26	78,57	78,79
• NA-PI	91,00	92,63	108,24	85,37	89,49
• NA-MP	75,69	68,88	90,12	69,93	79,81

No teste, em relação aos *Autocuidados* e *Cognição*, quer o grupo dos frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI), quer os frequentadores do Núcleo em meio período (NA-MP) obtiveram maiores médias que os resultados obtidos por Murta.

Na área do *Desenvolvimento Motor*, os frequentadores de outras Instituições (NA-MP) que frequentam o Núcleo por meio período obtiveram resultados um pouco maiores quando comparados aos de Murta, ao passo que os frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI) obtiveram quase 20% a mais do que a autora comparada.

No desenvolvimento da Linguagem, os frequentadores de meio período (NA-MP) obtiveram piores resultados quando comparados com a mesma autora e os frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI) apresentaram resultados um pouco maiores.

Na área da *Socialização*, foram quase que semelhantes os resultados obtidos por Murta e os dos frequentadores do Núcleo por meio período. (NA-MP). Já os frequentadores do Núcleo em período integral (NA-PI) obtiveram resultados 10% maiores quando comparados em percentuais.

Análise estatística comparativa da psicomotricidade dos alunos que frequentam o Núcleo Joanna de Ângelis por sexos

Estudo da relação entre a psicomotricidade e o sexo

Para avaliarmos a psicomotricidade em função do sexo, independente de ser frequentador por meio período ou por período integral do Núcleo utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Observamos que no teste realizado, as crianças do sexo feminino apresentam uma ordenação média superior ($p=0,383$ n.s.), mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 50.

Tabela 50 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da psicomotricidade em função do sexo

Psicomotricidade / Sexo	Masculino	Feminino			
N	N=29	N=31		Z	p
O.M.	O.M.	O.M.	UMW		
Teste	28,47	32,40	390,500	-0,873	0,383

Estudo da relação entre a área dos autocuidados e o sexo

Para avaliarmos a área dos autocuidados em função do sexo, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney.

Observamos que no teste, as crianças do sexo feminino apresentam uma maior ordenação média ($p=0,468$ n.s.) nesta área. Mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 51.

Tabela 51 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, dos autocuidados em função do sexo

Autocuidados/Sexo	Masculino	Feminino			
N	N=29	31			
O.M.	O.M.	O.M.	UMW	Z	p
Teste	28,81	32,08	400,500	-0,726	0,468

Estudo da relação entre a área da cognição e o sexo

Para avaliarmos a área da cognição em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Observamos que no teste realizado, as crianças do sexo feminino apresentam uma média superior ($p=0,689$ n.s.) na área da cognição. Mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 52.

Tabela 52- Resultado do teste U de Mann-Whitney, da cognição em função do sexo

Cognição /Sexo	Masculino	Feminino	UMW	Z	P
N	N=29	N=31			
	O.M.	O.M.			
Teste	29,57	31,37	422,500	-0,703	0,689

Estudo da relação entre o desenvolvimento motor e o sexo

Para avaliarmos o desenvolvimento motor em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Observamos que no teste ($P= 0,598$), as crianças do sexo feminino apresentam uma ordenação média superior na área do desenvolvimento motor, mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 53.

Tabela 53 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, do desenvolvimento motor em função do sexo

Desenvolvimento Motor/ Sexo	Masculino	Feminino	UMW	Z	P'
N	N=29	N=31			
	O.M.	O.M.			
Teste	29,28	31,65	414,000	-0,527	0,598

Estudo da relação entre a área da linguagem e o sexo

Para avaliarmos a área da linguagem em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Observamos que as crianças do sexo feminino apresentam uma ordenação média superior ($p=0,450$ n.s.) na área da linguagem, mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 54.

Tabela 54 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da linguagem em função do sexo

Linguagem / Sexo	Masculino	Feminino	UMW	Z	p
N	N=29	N=31			
	OM.	OM.			
Teste	28,74	32,15	398,500	-0756	0,450

Estudo da relação entre a área da socialização e o sexo

Para avaliarmos a área da socialização em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney,

Observamos que as crianças do sexo feminino apresentam uma ordenação média superior ($p=0,075$ n.s.) na área da socialização, mas estas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos, conforme a tabela 55.

Tabela 55 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da socialização em função do sexo

Socialização / Sexo	Masculino	Feminino	UMW	Z	p
N	N=29	N=31			
	O.M.	O.M.			
Teste	26,38	34,35	330,000	-1,778	0,075

Existiria essa mesma homogeneidade quando fossem ser comparados os inscritos no Núcleo Assistencial, que frequentam em período integral (NA-PI) e os que frequentam somente meio período (NA-MP)?

Estudo da relação entre a psicomotricidade e o frequentar o Núcleo em período integral (NA-PI) ou em meio período (NA-MP)

Para avaliarmos a psicomotricidade nos inscritos que frequentam o Núcleo em período integral (NA-PI) e os frequentadores em meio período (NA-MP) utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Em relação às crianças frequentadoras do Jardim Escola em período integral, estas apresentam ordenações médias superiores no teste que avaliou o desempenho global da psicomotricidade ($p=0,000^{***}$), com diferenças significativas, logo, há diversidade entre os grupos, rejeitando a hipótese nula, conforme a tabela 56

Tabela 56 - Resultado do teste U de Mann- Whitney, da psicomotricidade das crianças brasileiras em função de frequentar o Núcleo em período integral ou meio período

Psicomotricidade /Grupo	NA-MP	NA-PI	UMW	Z	p
N	N=28	N=32			
	O.M.	O.M.			
Teste	14,57	44,44	2,000	- 6,610	0,000

Estudo da área dos autocuidados em função do grupo:

Para avaliarmos a área dos autocuidados em função do grupo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Observamos que as crianças que frequentam o Jardim Escola em período integral (NA-PI) apresentam uma ordenação média superior ($p=0,000^{***}$.) nesta área. Diante das diferenças significativas apresentadas poderemos afirmar que os grupos são heterogêneos, rejeitando a hipótese nula, conforme a tabela 57.

Tabela 57 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área dos autocuidados em função de frequentar por meio período ou período integral o Jardim Escola.

Autocuidados / Grupo	NA-MP	NA-PI			
N	N=28	N=32			
	O.M.	O..M.	UMW	Z	p
Teste	16,20	43,02	47,500	-5,947	0,000

Estudo da área da cognição em função do grupo:

Para avaliarmos a área da cognição em função do grupo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Observamos as crianças do grupo que frequenta o Núcleo em período integral apresentam uma ordenação média superior ($p=0,000^{***}$) na área da cognição. Diante das diferenças significativas apresentadas poderemos afirmar que os grupos são heterogêneos, rejeitando a hipótese nula, conforme a tabela 58.

Tabela 58 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da cognição em função dos grupos

Cognição/ Grupo	NA-MP	NA-PI			
N	N=28	N=32			
	O.M.	O.M.	UMW	Z	p
Teste	15,50	43,63	28,000	-6,229	0,000

Estudo da área do desenvolvimento motor em função do grupo:

Para avaliarmos a área do Desenvolvimento Motor em função do grupo, utilizamos o o teste U de Mann-Whitney.

Observamos que as crianças que frequentam o Núcleo em período integral apresentam uma ordenação média superior na área do desenvolvimento motor ($p=0,000^{***}$). Diante destas diferenças significativas apresentadas poderemos afirmar que os grupos são heterogêneos, rejeitando a hipótese nula, conforme a tabela 59.

Tabela 59 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área do Desenvolvimento Motor em função dos grupos

Desenvolvimento Motor/ Grupo	NA-MP	NA-PI	UMW	Z	p
N	N=28	N=32			
	O.M.	O.M.			
Teste	16,20	43,02	47,500	-5,951	0,000

Estudo da área da linguagem em função do grupo:

Para avaliarmos a área da linguagem em função do grupo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Observamos que as crianças que frequentam o Núcleo em período integral apresentam uma ordenação média superior na área da linguagem ($p=0,000^{***}$). Diante das diferenças significativas apresentadas poderemos afirmar que os grupos são heterogêneos, rejeitando a hipótese nula, conforme a tabela 60.

Tabela 60 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da linguagem em função dos grupos

Linguagem/ Grupo	NA-MP	NA-PI	UMW	Z	p
N	N=28	N=32			
	O.M.	O.M.			
Teste	16,50	42,75	56,000	-5,821	0,000

Estudo da área da socialização em função do grupo:

Para avaliarmos a área da socialização em função do grupo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Observamos que as crianças que frequentam o Núcleo em período integral apresentam uma ordenação média superior na área da socialização ($p=0,001$), como foram obtidas diferenças significativas, poderemos afirmar que os grupos são heterogêneos, o que nos faz rejeitar a hipótese nula, conforme a tabela 61.

Tabela 61 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da socialização em função dos grupos

Socialização /Grupo	NA-MP	NA-PI	UMW	Z	p
N	N=28	N=32			
	O.M.	O.M.			
Teste	22,20	37,77	215,500	-3,464	0,001

Diante do que foi visto anteriormente, no estudo geral, acerca da igualdade entre os sexos e a as diferenças encontradas entre o facto de frequentar o Núcleo em meio período ou em período integral, passaremos a analisar a junção das duas variáveis (sexo e frequência).

Estudo da relação entre a psicomotricidade, os sexos e o frequentar o Núcleo por meio período (NA-MP) ou em período integral (NA-PI)- intervenção

De acordo com o **sexo**, ao utilizarmos o teste U de Mann-Whitney, os elementos do sexo masculino pertencentes ao grupo que frequenta o Núcleo em período integral apresentam uma média superior no teste ($p=0,000***$), quando avaliado o desempenho global na área da psicomotricidade. O mesmo registou-se no sexo feminino, ou seja, a média do grupo que frequenta o Jardim Escola em período integral é superior ($p=0,000***$). Estas diferenças são estatisticamente significativas, comprovando a diferença entre os sexos nos grupos e a rejeição da hipótese nula, conforme a tabela 62.

Tabela 62 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da psicomotricidade em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo em período integral ou por meio período.

Psicomotricidade Sexo/ Grupo		NA-MP	NA-PI	UMW	Z	p
N		N=28	N=32			
		O.M.	O.M.			
Masculino	Teste	7,57	21,93	1,000	-4,542	0,000
Feminino	Teste	7,50	23,00	0,000	-4,725	0,000

Estudo da área dos Autocuidados em função ao sexo e em função do grupo

De acordo com o **sexo**, aos utilizarmos o teste T Independente, os elementos do sexo masculino que frequentam o Núcleo em período integral apresentam média superior na área dos autocuidados do teste ($p=0,00=***$), conforme a tabela 63.

Tabela 63 - Resultado do teste T Independente, da área de autocuidados em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo em período integral ou por meio período

Autocuidados Sexo/Grupo		NA-MP	NA-PI	t	p
N		N=28	N=32		
		Médias	Médias.		
Masculino	Teste	75,8336	89,8440	5,197	0,000

No sexo feminino, ao ser utilizado o teste U de Mann-Whitney, também as ordenações médias do grupo que frequenta o Jardim Escola em período integral são superiores ($p=0,000=***$.) na área dos autocuidados. Sendo essas diferenças do sexo masculino e do sexo feminino estatisticamente significativas, comprovam que o sexo interferiu nos resultados, contrariando a hipótese nula, conforme tabela 64.

Tabela 64 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área de autocuidados em relação ao sexo e em função de frequentar Núcleo em período integral ou por meio período

Autocuidados Sexo/ Grupo		NA-MP	NA-PI			
N		N=28	N=32			
		O.M.	O.M.	UMW	Z	p
Feminino	Teste	8,04	22,56	7,500	-4,441	0,000

Estudo da área da Cognição em função ao sexo e em função do grupo

No teste T Independente, os elementos do sexo feminino que frequentam o Núcleo em período integral apresentam média superior ($p=0,000^{***}$) na área da cognição. O mesmo acontece com os elementos do sexo masculino ($p=0,000$) conforme a tabela 65. Sendo essas diferenças estatisticamente significativas, comprovam que o sexo interferiu nos resultados, contrariando a hipótese nula.

Tabela 65 - Resultado do teste T Independente, da área de cognição em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.

Cognição Sexo/Grupo		NA-MP	NA-PI	t	p
N		N=28	N=32		
		Médias	Médias		
Feminino	Teste	68,9557	93,4400	7,879	0,000
Masculino	Teste	68,8179	91,7300	5,548	0,000

Estudo da área do Desenvolvimento Motor em função ao sexo e em função do grupo

De acordo com o teste T Independente, quando analisado o **sexo**, os elementos do sexo masculino pertencentes ao grupo que frequentar o Núcleo em período integral apresentam média superior na área do desenvolvimento motor ($p=0,000^{***}$). O mesmo se deu com as médias no sexo feminino, o que comprova a heterogeneidade entre os grupos e a eficácia do programa, conforme a tabela 66

Tabela 66 - Resultado do teste T Independente, da área de Desenvolvimento Motor em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.

Desenvolvimento Motor Sexo/Grupo		NA-MP	NA-PI	t	p
N		N=28	N=32		
		Médias	Médias		
Masculino	Teste	90,2071	107,6347	5,833	0,000
Feminino	Teste	96,2421	116,0753	6,081	0,000

Estudo da área da Linguagem em função ao sexo e em função do grupo

De acordo com o teste U de Mann-Whitney, no sexo masculino as ordenações médias dos frequentadores do Núcleo em período integral são superiores ($p=0,000^{***}$) na área da linguagem, o mesmo ocorrendo com os elementos do sexo feminino. Sendo essas diferenças estatisticamente significativas, comprovam que o sexo interferiu nos resultados, contrariando a hipótese nula, conforme tabela 67.

Tabela 67 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da área da Linguagem em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.

Linguagem Sexo/ Grupo		NA-MP	NA-PI	UMW	Z	p
N		N=28	N=32			
		O.M.	O.M.			
Masculino	Teste	8,43	21,13	13,000	-4,027	0,000
Feminino	Teste	8,46	22,21	13,500	4,206	0,000

Estudo da área da Socialização em função ao sexo e em função do grupo

De acordo com o teste T Independente, os elementos do sexo masculino frequentadores do Núcleo em período integral apresentam média superior na área da socialização ($p=0,003^{**}$.), sendo que há diferenças estatisticamente significativas o que contraria a hipótese nula, conforme a tabela 68.

Tabela 68 - Resultado do teste T Independente, da socialização em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.

Socialização Sexo/Gupo		NA-MP	NA-PI	t	p
N		N=28	N=32		
		Médias	Médias		
Masculino	Teste	76,4057	87,8640	3,266	0,003

No sexo feminino, de acordo com o teste U de Mann-Whitney também as médias do grupo que frequenta o Núcleo em período integral são superiores na área da socialização ($p=0,0010^{**}$), sendo essas diferenças estatisticamente significativas em ambos os sexos, comprovam que o sexo interferiu nos resultados, contrariando a hipótese nula, conforme tabela 69.

Tabela 69 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da socialização em relação ao sexo e em função de frequentar o Núcleo por período integral ou meio período.

Socialização Sexo/Grupo		NA-MP	NA-PI			
N		N=28	N=32			
		O.M,	O.M.	UMW	Z	p
Feminino	Teste	9,96	20,97	34,500	-3,393	0,001

Síntese conclusiva da Fase A

Estes resultados indicam que quando comparados de maneira geral, nas diversas áreas (psicomotricidade, autocuidados, cognição, desenvolvimento motor, linguagem e socialização) não há diferenciação entre os sexos, o que torna o grupo homogêneo.

Quando comparámos o desempenho na área da psicomotricidade, dos autocuidados, da cognição, do desenvolvimento motor e da linguagem dos inscritos no Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em função do grupo, ou seja, que frequentam o Núcleo em período integral que foram submetidos anteriormente a um Programa de intervenção, com exercícios indicados por Lambert (1972) e Oliveira (2008), e os que frequentam outras Instituições e o Núcleo por meio período, não submetidos ao mesmo programa, desde o seu início os grupos são heterogêneos.

Quando os avaliados são estudados em relação ao sexo, à área específica, e ao facto de frequentar o Núcleo em período integral ou em meio período há também

diferenças significativas, o que demonstra a eficácia dos exercícios na área da psicomotricidade realizados anteriormente.

Dessa maneira, sendo o Núcleo Joanna de Ângelis uma ONG, pensámos em proporcionar as mesmas oportunidades na área da psicomotricidade às crianças que frequentavam a Instituição por meio período, para que pudesse ser avaliada de maneira mais neutra a eficácia do Programa de Intervenção utilizado desde 2000 no Jardim Escola "Professor João de Deus", escola gratuita do Nucleo Assistencial. Proporcionamos, então, o mesmo programa composto por atividades psicomotoras às crianças que anteriormente nada tiveram na área da psicomotricidade, e que frequentavam a instituição por meio período e que foram avaliadas neste estudo, para saber se haveria alguma diferença estatisticamente significativa quando aplicado um programa de ativação na área da psicomotricidade.

Selecionamos os resultados do teste obtidos anteriormente como ponto de partida para esta avaliação.

Fase B - Estudo da relação entre a psicomotricidade e os alunos que frequentam o Núcleo Joanna de Ângelis em meio período e foram submetidos, posteriormente, a um programa de intervenção na área da psicomotricidade

Para que pudessem fazer parte deste estudo, os alunos frequentadores do do Núcleo Joanna de Ângelis com 5 anos de idade, em meio período, que não tinham tido intervenção na área da psicomotricidade, num total de 28 crianças, foram todas submetidas a um programa específico nessa área.

Passaremos a descrever os resultados obtidos com a intervenção na área da psicomotricidade, por 6 semanas, onde foram realizados os mesmos exercícios específicos dados aos frequentadores em período integral, por 30 minutos.

Comparação entre o Pré Teste e o Pós Teste (Amostra global)

Para avaliarmos a eficácia do programa de intervenção na área da psicomotricidade, realizamos o teste de Wilcoxon, onde as ordenações positivas

apresentaram resultados maiores do pós teste em relação ao pré teste e as ordenações negativas obtiveram resultado contrário. Por existirem diferenças significativas entre o pré e o pós teste ($p=0,002$), poderemos dizer que há diversidade entre os testes, rejeitando a hipótese nula, o que significa que a intervenção teve resultado positivo na área da psicomotricidade para esse grupo, conforme a tabela 70.

Tabela 70 - Resultado do teste de Wilcoxon, da psicomotricidade entre o pré-teste e o pós-teste do grupo que frequenta o Núcleo por meio período, submetido a um programa de intervenção na área da psicomotricidade.

Psicomotricidade	Ordenações Positivas	Ordenações Negativas	Z	p
Pós X Pré Teste	17,31	5,33	-3,082	0,002

Nas áreas dos autocuidados as ordenações positivas foram maiores que as ordenações negativas quando comparados o pós teste com o pré teste ($p=0,000$). O mesmo se deu na quando foram comparados os resultados do pré teste com o pós teste do desenvolvimento motor, o que nos faz rejeitar a hipótese nula ($p=0,002$), conforme a tabela 71.

Tabela 71 - Resultado do teste de Wilcoxon, na área dos autocuidados e do desenvolvimento motor em função do pré teste e do pós teste dos frequentadores do Núcleo em meio período, submetido a um programa de intervenção na área da psicomotricidade.

Área /	Ordenações Positivas	Ordenações Negativas	z	p
AC1 X AC2	14,50	0,00	- 4,623	0,000
DM1 X DM2	14,74	7,50	- 3,613	0,002

Na área da cognição, linguagem e socialização as médias do pós teste foram maiores que as do pré teste ($p=0,000$) em todas as áreas, o que nos faz rejeitar a hipótese nula e dizer que em todas as áreas estudadas (autocuidados, cognição, desenvolvimento motor, linguagem e socialização) foram encontradas diferenças significativas, ou seja, os

inscritos progrediram em todas essas áreas e a intervenção teve efeito positivo, conforme a tabela 72.

Tabela 72 - Resultado do teste T Emparelhado, da área da cognição, linguagem e socialização em função do pré e do pós teste dos frequentadores do Núcleo em meio período, submetido a um programa de intervenção na área da psicomotricidade.

Área /	Pré Teste Médias	Pós Teste Médias	t	p
Cognição	68,5533	90,8733	- 14,999	0,000
Linguagem	84,7911	88,9911	-4,285	0,000
Socialização	97,2111	101,9571	- 4,446	0,000

Comparação do Pré Teste X Pós Teste tendo em conta o sexo

Psicomotricidade e sexos

Quando comparados os sexos e a psicomotricidade, os rapazes obtiveram ordenações positivas maiores no pós teste em relação ao pré teste ($p=0,011$), sendo esses resultados significativos, o que implica afirmar que a intervenção de maneira geral teve influência positiva nos rapazes, conforme tabela 73.

Tabela 73 - Resultado do teste de Wilcoxon, quando comparados a psicomotricidade em função do sexo (rapazes)

Rapazes	Ordenações Positivas	Ordenações Negativas	z	p
Pós Teste X Pré Teste	10,50	3,00	- 2,556	0,011

Quanto às raparigas, as ordenações médias do pós teste ($p=0,040$) são maiores que as do pré-teste, o que equivale dizer que também a intervenção teve influência positiva nas raparigas, conforme a tabela 74.

Tabela 74 - Resultado do teste T Emparelhado, da psicomotricidade em função do sexo (raparigas)

Raparigas	Pré Teste Médias	Pós Teste Médias	t	p
Pós Teste X Pré Teste	468,50	485,75	- 2,329	0,040

Estudo da relação entre as áreas do desenvolvimento e o sexo (Rapazes)

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as áreas do desenvolvimento, conforme demonstra a tabela 75, uma vez que as médias dos pós testes foram superiores às do pré teste em todos os segmentos.

Tabela 75 - Resultado do teste T Emparelhado em todas as áreas do desenvolvimento em função do pré e do pós teste no sexo masculino

Área /	Pré Teste Médias	Pós Teste Médias	t	p
Autocuidados	73,7719	95,5163	- 20,920	0,000
Cognição	65,5638	87,2775	-10,906	0,000
Desenvolvimento Motor	95,9588	99,5163	- 2,975	0,009
Linguagem	81,1775	85,9556	-4,252	0,001
Socialização	92,8931	98,5444	- 4,144	0,001

Estudo da relação entre as áreas do desenvolvimento e o sexo (Raparigas)

Embora apresentem médias maiores que os rapazes em todas as áreas do desenvolvimento, conforme demonstra a tabela 76, as raparigas somente apresentaram diferenças significativas nas áreas dos autocuidados ($p=0,000$) e da cognição ($p=0,000$), o que comprova que nestas duas áreas houve uma intervenção efetiva e positiva.

Tabela 76 - Resultado do teste T Emparelhado em todas as áreas do desenvolvimento em função do pré e do pós teste no sexo feminino

Área /	Pré Teste Médias	Pós Teste Médias	t	p
Autocuidados	78,1142	98,8508	- 17,285	0,000
Cognição	72,9018	96,1036	-10,028	0,000
Desenvolvimento Motor	96,9817	100,8625	- 2,040	0,066
Linguagem	89,6092	93,0383	-1,944	0,078
Socialização	102,9683	106,5075	- 2,073	0,062

Síntese conclusiva da Fase B

Estes resultados indicam que houve evolução no desenvolvimento nas diversas áreas da psicomotricidade estudadas e que a intervenção foi bem-sucedida nos alunos que anteriormente não tinham sido submetidos a um programa de intervenção e que estas crianças melhoraram a sua capacidade de desenvolvimento global e psicomotor quando da realização do pós teste.

Quando a comparação é feita somente entre os sexos, a intervenção na psicomotricidade como um todo resultou quer no sexo masculino, quer no sexo feminino.

Quando estudadas área a área, a intervenção no sexo masculino teve efeito positivo em todas as áreas: autocuidados, cognição, desenvolvimento motor, linguagem e socialização, ao passo que no sexo feminino a intervenção correu melhor nas áreas de autocuidados e cognição.

Sendo o Núcleo Joanna de Ângelis uma ONG, prestadora de atendimentos à comunidade carente, pensámos ter tido um excelente resultado ao proporcionar as mesmas oportunidades na área da psicomotricidade às crianças que frequentavam o Núcleo por meio período para que não se sentissem em desvantagem em relação às demais.

5.3. Síntese Conclusiva e Análise comparativa entre as Fases A e B - Estudo 2

Diante da heterogeneidade dos grupos na parte A deste Estudo, onde o grupo dos inscritos no Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis em período integral, e os que frequentam o Núcleo Assistencial em meio período, que desde o seu início demonstraram resultados sempre superiores quando avaliados em relação à psicomotricidade, aos autocuidados, à cognição, ao desenvolvimento motor e à linguagem e socialização, o que gerou grupos heterogêneos, impossibilitando a divisão em grupo experimental e grupo controle, iremos comparar a partir de agora os resultados do programa de intervenção na área da psicomotricidade aos elementos que anteriormente não frequentavam o Núcleo em período integral, que foi a razão da parte B deste estudo.

O pré e o pós teste deste segundo grupo, analisado como um todo, apresentou diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós teste, o que poderemos dizer que o programa de intervenção na área da psicomotricidade foi bem-sucedido.

Quando a comparação é feita somente entre os sexos, na parte A, onde todas as áreas, com exceção da área dos autocuidados apresentava grupos heterogêneos, na parte B deste estudo, o efeito da intervenção foi bem-sucedido quer nos rapazes, quer nas raparigas.

Quando comparámos anteriormente (Fase A) a psicomotricidade, as áreas e os sexos, em que todas as áreas, com exceção da socialização apresentavam diferenças estatísticas já no pré teste, na FaseB os rapazes apresentam resultados com diferenças estatísticas entre o pré e o pós teste em todas as áreas, ao passo que as raparigas só apresentaram diferenças significativas entre o pré e o pós teste das áreas de autocuidados e cognição.

Sendo o Núcleo Joanna de Ângelis uma ONG, ao proporcionamos o mesmo programa composto por atividades psicomotoras a todas as crianças que anteriormente nada tiveram e que foram avaliadas neste estudo, foi com grande satisfação que observámos a efetiva implementação do programa de ativação na área da psicomotricidade.

Quanto à confirmação das hipóteses, H1 (crianças frequentadoras em período integral NAPI apresentam melhores resultados que as que frequentam por meio período NA-MP) ficam plenamente confirmadas na Fase A desta investigação, quer quanto às diferenças estatisticamente significativas desde o início da investigação ($p=0,000$), quer nas áreas de autocuidados, cognição, desenvolvimento motor e linguagem ($p=0,000$), quer na área da socialização ($p=0,001$), sem se levar em conta a intervenção, quer quando analisa-se a psicomotricidade, a intervenção e os grupos, quer quanto ao sexo, onde rapazes e raparigas submetidos ao programa de intervenção apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$), em ambos os sexos nas áreas dos autocuidados, cognição, desenvolvimento motor e linguagem ($p=0,000$), quer na área da socialização, em que os rapazes apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$) e as raparigas também ($p=0,001$).

Já a H2, que trata das crianças frequentadoras em meio período NA-MP também apresentarem diferenças estatisticamente significativas quando submetidas ao mesmo

programa de intervenção na área da psicomotricidade na Fase B *está confirmada* quanto à eficácia da intervenção ($p=0,002$), nas áreas de Autocuidados, Cognição, Linguagem e Socialização ($p=0,002$) e na do Desenvolvimento Motor ($p=0,002$), quer quanto aos sexos, sendo que os rapazes apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,011$) e as raparigas idem ($p=0,040$).

Na separação por sexos, os rapazes demonstraram diferenças estatisticamente significativas nas áreas de autocuidados e cognição ($p=0,000$), no desenvolvimento motor ($p=0,009$) e na linguagem e socialização ($p=0,001$). As raparigas apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas áreas dos autocuidados e cognição ($p=0,000$).

O próximo capítulo abordará o estudo três, comparativo entre crianças brasileiras e portuguesas com 5 anos de idade nas áreas da psicomotricidade e resiliência, anteriormente estudadas no Estudo 1 (Capítulo 4) e Estudo 2 (Fases A e B).

CAPÍTULO 6 - Estudo sobre a Psicomotricidade e a Resiliência em crianças portuguesas e brasileiras de 5 anos de idade (Estudo 3)

CAPÍTULO 6 - Estudo sobre a Psicomotricidade e a Resiliência em crianças portuguesas e brasileiras de 5 anos de idade

Metodologia específica

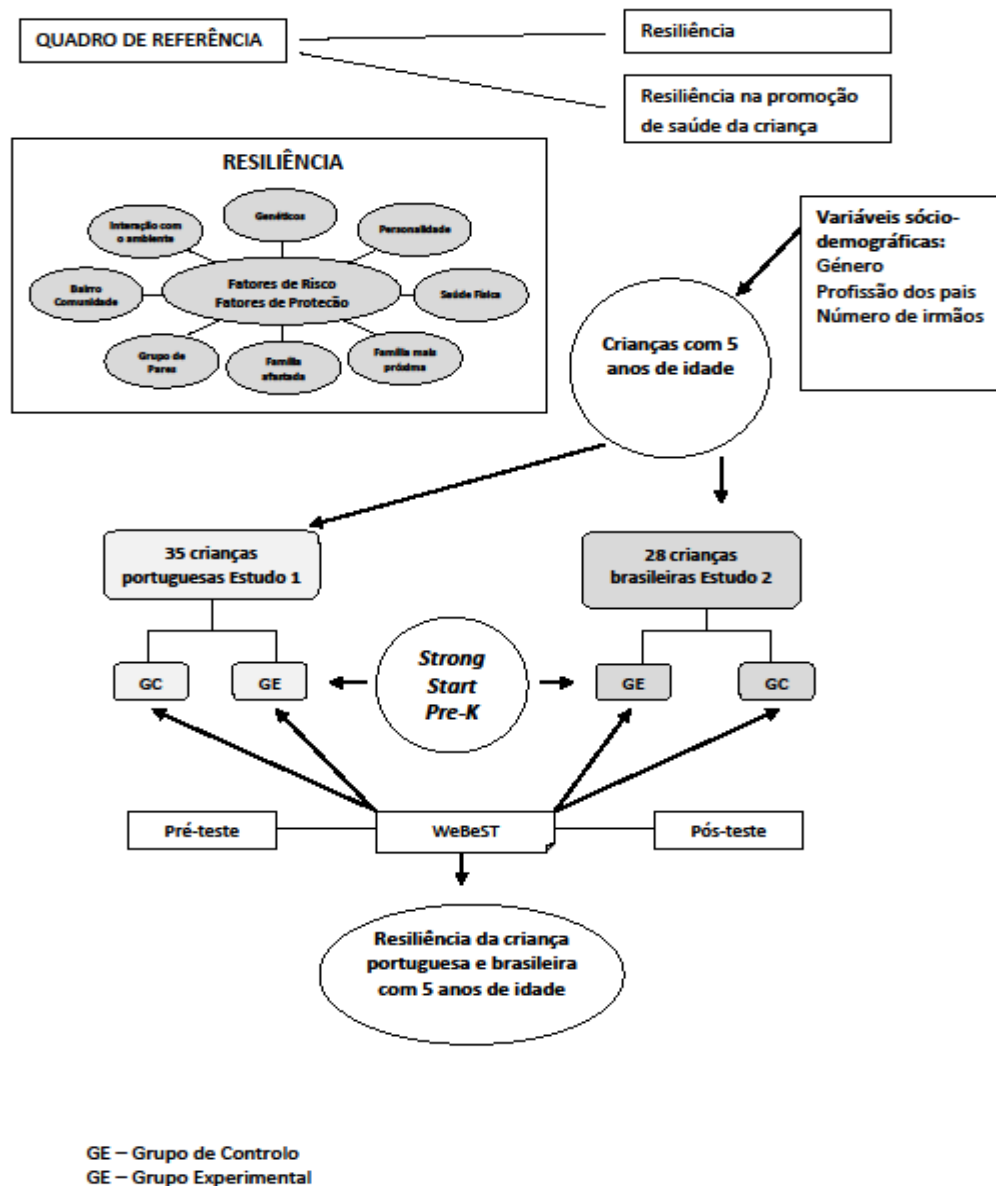
O presente trabalho é um estudo comparativo em Portugal e no Brasil, do tipo *quasi – experimental, longitudinal*, com um grupo experimental (submetido ao Programa *Strong Start Pré K* para a avaliação da resiliência) e um grupo controlo (não submetido ao Programa), com medidas pré e pós testes em ambos os grupos e em ambos os países. Esses grupos foram avaliados antes (pré - teste) e depois (pós - teste) da manipulação da variável independente.

6.1. Objetivos e desenho da investigação

A presente investigação teve como objetivo fazer um estudo comparativo entre Brasil e Portugal, em crianças pré escolares, em relação à promoção de competências e aptidões para a resolução de problemas, ao nível da resiliência, que realizam exercícios e atividades de psicomotricidade.

Neste estudo, pretendemos verificar se a psicomotricidade e a resiliência em conjunto favorecem o ensino-aprendizagem de crianças brasileiras e portuguesas de 5 anos de idade, participantes no Estudo 1 de Portugal e no Estudo 2- parte B do Brasil. Por a psicomotricidade ser obrigatória em Portugal, de acordo com as Orientações Curriculares, em sua área de Expressão e Comunicação (ME, 1997) e por termos dado a mesma igualdade de condições às crianças brasileiras na parte B do Estudo 2, só serão avaliadas quanto à resiliência.

Figura 5- Estudo sobre a Psicomotricidade e a Resiliência em crianças portuguesas e brasileiras de 5 anos de idade



6.1.1. Amostra

A amostra deste estudo comparativo consiste em 28 crianças brasileiras das fases A e B do Estudo 2 e 35 portuguesas do Estudo 1 de ambos os sexos com 5 anos de idade e que frequentam a pré-escola em Portugal e no Brasil.

Tabela 77 - Características Sócio-demográficas da amostra Portuguesa (Estudo 3)

Características sociodemográficas- Portugal	Grupo Experimental (n=17; 48,6%)		Grupo Controlo (n= 18; 51,4 %)		Total (n= 35; 100%)	
	M	D.P	M	D.P.	M	D.P.
Número de irmãos	1,06	1,435	1,11	0,832	1,09	1,147
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	8	47,1	7	38,9	15	42,9
Feminino	9	52,9	11	61,1	20	57,1
Total	17	100	18	100	35	100
Profissão do Pai						
Setor primário	0	0	1	5,5	1	2,8
Setor secundário	1	5,9	7	38,9	8	22,9
Setor terciário	11	64,7	5	27,8	16	45,7
NSNR	5	29,4	3	16,7	8	22,9
Emigrante	0	0	2	11,1	2	5,7
Total	17	100	18	100	35	100
Profissão da Mãe						
	2	11,8	1	5,5	3	8,6
Setor secundário	11	64,7	13	72,3	24	68,6
Setor terciário	1	5,9	0	0	1	2,8
Desempregada	3	17,6	2	11,1	5	14,3
NSNR	0	0	2	11,1	2	5,7
Emigrante						
Total	17	100	18	100	35	100

Do grupo português, fizeram parte do estudo realizado entre Abril e Maio de 2008, 35 crianças que frequentam a pré escola na região Centro portuguesa, conforme demonstra a tabela 77.

Das 35 crianças, em relação ao sexo, 15 eram do sexo masculino, num total de 42,9% e 20 do sexo feminino, que representaram 57,1 % do total da amostra ($M= 1,57$ e o $DP= 0,502$) .

Em relação à divisão dentro dos grupos, 17 fazem parte do Grupo Experimental, onde temos representada 48,6% da amostra e 18 fazem parte do Grupo Controlo, num total de 51,4% da amostra. ($M= 1,51$; $D.P.=0,507$).

Quanto à profissão dos pais 2,9% trabalha no setor primário, 22,9% trabalha no setor secundário, 45,7% trabalha no setor terciário, 22,9% não declararam a profissão, e 5,7% são emigrantes. ($M=3,51$; $D.P.= 1,772$).

Quanto à profissão das mães, 68,6% trabalha no setor terciário, 8,6% trabalha no setor secundário, 14,3% não declararam a profissão, 5,7% são emigrantes e 2,9% estavam desempregadas na época do questionário. ($M=3,57$; $D.P.= 1,577$).

Quanto ao número de irmãos, 40% da amostra tem 1 irmão, 31,4% da amostra não tem irmãos, 25,7% tem 2 irmãos e 2,9 % ou tem 6 irmãos. ($M=1,09$; $D.P.=1,147$).

Grupo Experimental e Grupo Controlo português

Divisão dos Grupos

O Grupo Experimental estava assim constituído: 17 crianças, num total de 48,6% e o Grupo Controlo composto por 18 crianças, num total de 51,4% da amostra. ($M=1,51$; $D.P= 0,507$).

Divisão dos Sexos e os Grupos

No Grupo Experimental, há 8 rapazes que representam 47,1% da amostra e 9 raparigas, que representam 52,9%, sendo a $M=1,53$ e o $D.P.= 0,514$.

O Grupo Controlo está constituído por 7 rapazes, que representam 38,9% da amostra e 11 raparigas, que representam 61,1% da amostra. ($M=1,61$; $D.P.= 0,502$).

Profissão dos Pais e os Grupos

No Grupo Experimental 64,7% dos pais trabalham no setor terciário, 5,9 % trabalham no setor secundário e 29,4% não declararam a profissão. ($M= 3,29$; $D.P.= 1,007$).

No Grupo Controlo 5,6% da amostra trabalha no setor primário, 38,9% trabalha no setor secundário, 27,8% no setor terciário, 16,7% não declararam a profissão e 11,1% são emigrantes. ($M= 3,50$; $D.P.= 2,307$).

Profissão das Mães e os Grupos

No Grupo Experimental, 64,7 % das mães trabalham no setor terciário, 17,6% não teve a profissão declarada, 11,8 % trabalham no setor secundário e 5,9 estavam desempregadas na época do inquérito. ($M= 3,29$; $D.P.= 0,920$).

No Grupo Controlo 72,2% trabalham no setor terciário, 5,6 % no setor secundário, 11,1% são emigrantes ou não declararam a profissão. ($M=3,83$; $D.P.=2,007$).

Número de irmãos e os Grupos

No Grupo Experimental 47,1 tem 1 irmão, 35,3% não tem irmãos, 11,8% tem 2 irmãos e 5,9% tem 6 irmãos. ($M=1,06$ $D.P.= 1,435$).

No Grupo Controlo 38,9% tem 2 irmãos, 33,3% tem 1 irmão e 27.8% da amostra não tem irmãos. ($M= 1,11$; $D.P.= 0,832$).

6.1.2. *Instrumentos*

Programa *Strong Start Pre K* (Resiliência) e Teste WeBeST

O programa e o Teste são os mesmos utilizados no Estudo 1 do Capítulo 4, já descritos anteriormente. Sendo assim, julgamos ser desnecessária a descrição completa dos mesmos.

6.1.3. *Procedimentos*

Após a obtenção da autorização (Consentimento livre e esclarecido, anexo 9) dos pais ou responsáveis, procedemos com o Pré Teste do Inventário, sendo as avaliações feitas numa sala previamente preparada com os materiais indicados no Protocolo, tais como, diferentes objetos, brinquedos, jogos, de acordo com as faixas etárias correspondentes, em cada área de desenvolvimento.

O critério de desenvolvimento comum, de acordo com o estabelecido no Inventário nas suas diversas áreas envolveu a ocorrência de no mínimo três respostas certas em quatro tentativas. Para que uma resposta fosse considerada certa, deveria ser respondida num prazo de trinta segundos a contar da formulação da pergunta que tinha o seguinte procedimento: instrução, modelo e/ou apresentação de um determinado objeto, conforme o caso.

Conforme a instrução dada no Inventário Portage, quando a criança não respondia ao estímulo dado, havia retrocesso na faixa etária.

A tarefa a ser realizada era apresentada três vezes, se a criança obtivesse pelo menos um acerto, passava-se para a próxima tarefa. Caso a criança não conseguisse nenhum acerto mediante as três oportunidades dadas, havia interrupção do processo e passava-se para a faixa etária anterior. Se a criança não acertasse cinco itens, retrocedia-se na faixa etária. Só foram consideradas como atividades realizadas aquelas cujas observações foram tidas como positivas para os observadores.

Williams e Aiello (2009) ainda recomendam encerrar uma avaliação de determinada área quando a criança apresentar quinze respostas incorretas.

6.1.4. *Análise dos dados*

A recolha de dados foi realizada através dos instrumentos anteriormente descritos através de pré-teste (antes do emprego do programa *Strong Start Pré K* a todas as crianças da amostra, individualmente.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 17.0 e 18.0.

6.2. *Resultados e Discussão*

Resultados comparativos Portugal e Brasil

Iremos salientar os resultados comparativos entre crianças portuguesas e brasileiras com o programa *STRONG START PRE K*. O presente trabalho insere-se num projeto de investigação mais abrangente sendo que este estudo preliminar contou com a colaboração de uma equipa de excelentes investigadoras e profissionais de Enfermagem portuguesas (Amarílis Rocha, Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira e Tânia Pereira), da Região Centro, e uma equipa brasileira, pedagógica e multidisciplinar de educadoras de infância, psicólogas, diretoras de escola, coordenadoras pedagógicas e médicas de duas instituições brasileiras, localizadas na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, com uma população sócio culturalmente desfavorecida.

Este programa psico-educativo teve como objetivos promover a resiliência em crianças portuguesas e brasileiras através do ensino e treino de aptidões sociais e emocionais bem como ensinar a lidar com as situações adversas aumentando a eficácia dos mecanismos de *coping* (estratégias para lidar adequadamente com as situações difíceis).

Grupo Experimental e Grupo Controlo português e brasileiro

A resiliência de maneira geral e nos grupos experimental e controlo português e brasileiro

Tabela 78 - Estatísticas descritivas relativas ao grupo experimental e controlo brasileiro quanto à resiliência

Grupo	País	N	Min	Max	– X	DP
Experimental	Portugal	17	7	22	14,41	5,209
Pré Teste	Brasil	14	9	28	15,57	4,219
Controlo Pré	Portugal	18	6	21	14,28	4,336
Teste	Brasil	14	7	23	14,71	4,906
Experimental	Portugal	18	5	23	12,24	5,203
Pós Teste	Brasil	14	8	21	13,50	4,034
Controlo Pós	Portugal	18	5	18	10,67	3,773
Teste	Brasil	14	8	22	15,50	4,570
Total	Portugal	35	6	22	14,34	4,709
Pré Teste	Brasil	28	7	28	15,14	5,536
Total	Portugal	35	5	23	11,43	4,526
Pós Teste	Brasil	28	2	22	12,64	5,606

Como resultados totais das amostras, de acordo com a tabela 78, o *score* mínimo do pré teste português foi 6 e o máximo 22, sendo a média 14,34 (DP=4,709); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 5 e o máximo 23, com uma média de 11,43 (DP=4,526).

No grupo experimental português (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 7 e o máximo de 22, sendo a média de 14,41 (DP= 5,209). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 5 e o máximo de 23, com uma média de 12,24 (DP= 5,203). No pré-teste do grupo de controlo português, o *score* mínimo observado foi 6 e o *score* máximo 21, sendo a média 14,28 (DP=4,336). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 5 e *score* máximo de 18, com uma média de 10,67 (DP=3,773.).

Quanto aos resultados totais obtidos pelo grupo brasileiro, *score* mínimo do pré teste foi 7 e o máximo 28, sendo a média 15,14 (DP=5,536); quanto ao pós teste, o *score* mínimo foi 2 e o máximo 22, com uma média de 12,64 (DP= 5,606).

No grupo experimental brasileiro, (submetido ao programa de resiliência), relativamente ao pré-teste, o *score* mínimo observado foi de 9 e o máximo de 28, sendo a média de 15,57 (DP= 6,26). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 2 e o máximo de 18, com uma média de 9,79 (DP= 5,177). No pré-teste do grupo de controlo, o *score* mínimo observado foi 7 e o *score* máximo 23, sendo a média 14,71 (DP=4,906). Relativamente ao pós-teste, o grupo de controlo apresenta um *score* mínimo de 8 e *score* máximo de 22, com uma média de 15,50 (DP=4,57).

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos, o sexo, a profissão do pai e da mãe e o número de irmãos em Portugal

Estudo da relação entre a resiliência em Portugal e os grupos

Em relação às crianças pertencentes ao grupo experimental português observamos que o apresentam médias superiores, tanto no pré-teste ($p=0,934$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,393$ n.s.). Mas estas diferenças não são significativas, logo, há homogeneidade entre os grupos (Cf. Tabela 79).

Tabela 79 - Resultado do teste T Independente, da resiliência das crianças portuguesas em função do grupo:

Resiliência / Grupo	Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
	N=18	N=17		
	Médias	Médias		
Pré-Teste	14,28	14,41	-0.083	0,934
Pós-Teste	10,67	12,24	-1.025	0,393

Estudo da relação entre a resiliência e o sexo

Para avaliarmos a resiliência em função do sexo, utilizamos o teste T-Independente.

Observamos que quer no pré-teste ($p=0,102$ n.s.), quer no pós teste ($p=0,65$ n.s.), as crianças do sexo feminino apresentam uma média superior, mas essas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos (Cf. Tabela 80).

Tabela 80 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em função do sexo

Resiliência / Sexo	Masculino	Feminino	t	p
N	N=15	N=20		
	Médias	Médias		
Pré-Teste	13,00	15,61	-1,683	0,102
Pós-Teste	11,06	11,78	-0,459	0,65

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão do pai

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão do pai, utilizamos o teste Anova. Observamos que no pré-teste em que as crianças que não declararam a profissão do pai é que apresentam média inferior ($p=0,211$ n.s.). Em relação ao pós-teste é nas crianças em que o pai trabalha no setor terciário é que a ordenação média é inferior ($p=0,904$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas (Cf. tabela 81).

Tabela 81 - Resultado do teste Anova, da resiliência em função da profissão do pai

Resiliência/ Profissão dos pais. Setor	Secundário	Terciário	NSNR	Emigrante	F	P
N	N=12	N=14	N=6	N=2		
	Médias	Médias	Médias	Médias		
Pré-Teste	14,50	14,50	13,33	19,50	1,556	0,211
Pós-Teste	11,08	10,93	12,67	13,5	0,255	0,904

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão da mãe

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão da mãe, utilizamos o teste Anova. Observamos que no pré-teste, é no grupo em que não foram declaradas as profissões das mães é que a média é inferior ($p=0,220$ n.s.). O mesmo se dá no pós teste ($p=0,902$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas (Cf. Tabela 82).

Tabela 82 - Resultado da Anova, da resiliência em função da profissão da mãe

Resiliência/ Profissão das mães - Setor	Secundário	Terciário	NSNR	Emigrante	F	p
	N=8	N=20	N=4	N=2		
	Médias	Médias	Médias	Médias		
Pré-Teste	14,38	13,7	13,00	19,50	1,524	0,220
Pós-Teste	11,63	11,55	10,00	13,50	0,259	0,902

Estudo da relação entre a resiliência e o número de irmãos

Para avaliarmos a resiliência em função do número de irmãos, utilizamos o teste Anova. Observamos que no pré-teste, as crianças que referem não ter irmãos apresentam uma média inferior ($p=0,292$ n.s.). No pós-teste, são as crianças que referem ter 2 irmãos, que apresentam uma média inferior ($p=0,272$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas (Cf. Tabela 83).

Tabela 83 - Resultado do teste Anova, da resiliência em função do número de irmãos

Resiliência/ N° irmãos	0 irmãos	1 irmão	2 irmãos	F	p
N	N=11	N=14	N=9		
	Médias	Médias	Médias		
Pré Teste	12,09	15,36	15,22	1,299	0,292
Pós Teste	12,64	11,57	9,33	2,605	0,272

Estudo da resiliência em função do sexo, da idade, da profissão do pai e da mãe, do número de irmãos e em função do grupo (intervenção) em Portugal

Estudo da Resiliência em função ao sexo e em função do grupo

De acordo com o **sexo**, os elementos do sexo masculino pertencentes ao grupo experimental, apresentam média superior quer no pré-teste ($p=0,747$ n.s.) , quer no pós-

teste ($p=0,769$ n.s.). O mesmo acontece no sexo feminino, onde os resultados do pré-teste ($p=0,992$ n.s.) e no pós teste apresentam médias superiores ($p=0,152$ n.s.), o que equivale dizer que os grupos são homogêneos e não há diferenças estatisticamente significativas (Cf. tabela 84).

Tabela 84 - Resultado do teste T Independente da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo

Resiliência /Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=18	N=17		
		Médias	Médias		
Masculino	Pré-Teste	12,63	13,33	-0,328	0,747
	Pós-Teste	10,63	11,44	-0,299	0,769
Feminino	Pré-Teste	15,60	15,63	-0,011	0,992
	Pós-Teste	10,70	13,13	-1,504	0,152

Estudo da Resiliência em função da profissão do pai e em função do grupo

Em relação à **profissão do pai**, no setor secundário, o grupo experimental apresenta média inferior no pré-teste ($p=0,732$ n.s.) e superior no pós-teste ($p=0,059$ n.s.). No setor terciário, o grupo experimental apresenta média superior no pré-teste ($p=0,729$ n.s.) e inferior no pós-teste ($p=0,653$ n.s.). Em relação às crianças que não sabem nem respondem à questão colocada pertencentes ao grupo experimental, apresentam médias superiores tanto no pré-teste ($p=0,861$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,661$ n.s.). Contudo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas (Cf. tabela 85).

Tabela 85 - Resultado do teste T- Independente, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo

Capacidade de Resiliência / Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=18	N=17		
		Médias	Médias		
Setor Secundário	Pré-Teste	14,86	14,00	0,352	0,732
	Pós-Teste	8,86	14,20	-2,129	0,059
Setor Terciário	Pré-Teste	13,8	14,89	0,355	0,729
	Pós-Teste	11,60	10,56	0,462	0,653

NSNR	Pré-Teste	13,00	13,67	-0,187	0,861
	Pós-Teste	11,33	14,00	-0,473	0,661

Estudo da Resiliência em função da profissão da mãe e em função do grupo

Em relação à **profissão da mãe**, o grupo experimental do setor secundário, apresenta média inferior no pré-teste ($p=0,495$ n.s.) e média superior no pós-teste ($p=0,404$ n.s.). No setor terciário, o grupo experimental apresenta média inferior no pré-teste ($p=0,794$ n.s.) e apresenta média superior no pós-teste ($p=0,236$ n.s.). Em relação às crianças que não sabem nem respondem à questão colocada pertencentes ao grupo experimental, apresentam médias inferiores tanto no pré-teste ($p=0,884$ n.s.) como no pós-teste ($p=0,877$ n.s.). Contudo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas (Cf. tabela 86).

Tabela 86 - Resultado do teste T Independente, da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo

Capacidade de Resiliência / Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=18	N=17		
		O.M.	O.M.		
Setor Secundário	Pré-Teste	12,00	9,5	-0,727	0,495
	Pós-Teste	9,5	12,33	-0,897	0,404
Setor Terciário	Pré-Teste	13,92	13,38	0,265	0,794
	Pós-Teste	10,42	13,25	-1,225	0,236
NSNR	Pré-Teste	13,5	12,5	-0,166	0,884
	Pós-Teste	10,5	9,5	0,175	0,877

Estudo da Resiliência em função do número de irmãos e em função do grupo

No que diz respeito ao **número de irmãos**, nas crianças do grupo experimental que responderam que não tinham irmãos, observamos uma média inferior no pré-teste ($p=0,623$ n.s.) e superior no pós-teste ($p=0,695$ n.s.). Para as crianças do grupo experimental que têm 1 irmão observamos uma média superior no pré-teste ($p=0,626$ n.s.) e média inferior no pós-teste ($p=0,856$ n.s.). Nas crianças pertencentes ao grupo

experimental que têm 2 irmãos, apresentam médias superiores no pré-teste ($p=0,920$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,440$.), não apresentando diferenças significativas entre os grupos conforme a tabela 87.

Tabela 87 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo

Resiliência / Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=18	N=17		
		Médias	Médias		
0 irmãos	Pré-Teste	12,80	11,5	0,509	0,623
	Pós-Teste	12,00	13,17	-0,413	0,695
1 irmão	Pré-Teste	14,5	16	-0,501	0,626
	Pós-Teste	11,83	11,38	0,186	0,856
2 irmãos	Pré-Teste	15,14	15,5	-0,104	0,920
	Pós-Teste	8,71	11,50	-0,819	0,440
6 irmãos	Pré-Teste	Não Aplicável			
	Pós-Teste				

Estudo da relação da resiliência entre grupos de controlo e da resiliência entre os grupos experimental português

Para avaliarmos a resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo, utilizamos o teste T-Emparelhado.

No grupo de controlo, as ordenações positivas são superiores às ordenações negativas ($p=0,013$ n.s.), o que significa que as pontuações de resiliência do pós teste são superiores às do pós-teste. Existem diferenças significativas no grupo controlo.

No grupo experimental, as ordenações positivas são superiores às ordenações negativas ($p=0,097$), pelo que as pontuações do pós-teste são superiores à do pré-teste. Sendo que o valor da probabilidade não é estatisticamente significativo, logo a intervenção realizada não teve influência nas crianças desta faixa etária (Cf. Tabela 88).

Tabela 88- Resultado do teste de T-Emparelhado, da resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo

Grupo / Resiliência	Ordenações Positivas	Ordenações Negativas	t	p
Grupo de Controlo versus Grupo de Controlo	14,28	10,67	2,775	0,013
Grupo Experimental versus Grupo Experimental	14,41	12,24	1,763	0,097

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos, o sexo, a profissão do pai e da mãe e o número de irmãos no Brasil

Estudo da relação entre a resiliência e os grupos

Para avaliarmos a resiliência nos grupos de controlo e experimental brasileiro, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

Em relação às crianças pertencentes ao grupo experimental observamos que o apresentam ordenações médias superiores, no pré-teste ($p=0,963$ n.s.), mas estas diferenças não são significativas, logo, há homogeneidade entre os grupos (Tabela 89).

Tabela 29 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em função do grupo

Resiliência / Grupo	Grupo de Controlo	Grupo Experimental	UMW	Z	p
N	N=14	N=14			
	O.M.	O.M.			
Pré Teste	14,43	14,57	97,000	-0,046	0,963

Já no pós teste, o grupo controlo apresenta superiores e foram encontradas diferenças significativas ($p=0,005$), o que indica a heterogeneidade entre os grupos e a eficácia da intervenção no grupo experimental (Cf. tabela 90).

Tabela 90 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência das crianças brasileiras em função do grupo:

Resiliência / Grupo	Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N	N=14	N=14		
	Médias	Médias		
Pós Teste	15,50	9,79	-3,096	0,005

Estudo da relação entre a resiliência e o sexo

Para avaliarmos a resiliência em função do sexo, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Observamos que no pré-teste ($p=0,870$ n.s.) as crianças do sexo masculino apresentam uma ordenação média inferior, e no pós teste quer no pós teste ($p=0,125$ n.s.), apresentam ordenação média superior mas essas diferenças não são significativas, logo há homogeneidade entre os sexos (Cf. Tabela 91).

Tabela 91 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em função do sexo

Resiliência / Sexo	Masculino	Feminino	UMW	Z	p
N	N=16	N=12			
	O.M.	O.M.			
Pré-Teste	14,28	14,79	92,500	-0,163	0,870
Pós-Teste	16,56	11,75	63,000	-1,535	0,125

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão do pai

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão do pai, utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Observamos que quer no pré-teste ($p=0,657$ n.s.), quer no pós teste ($p=0,528$ n.s.) as crianças cujos pais estão reformados é que apresentam média inferior. Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas (Cf. Tabela 92).

Tabela 92- Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão do pai

Resiliência/ Profissão dos pais- Setor	Secundário	Terciário	Desemprego	NSNR	Não tem pai	Reformado	X ²	p
N	N=14	N=8	N=1	N=3	N=1	N=1		
	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.		
Pré-Teste	14,93	14,50	10,00	18,17	14,50	2,00	3,280	0,657
Pós-Teste	13,21	15,06	20,50	20,50	14,50	4,00	4,152	0,528

Estudo da relação entre a resiliência e a profissão da mãe

Para avaliarmos a resiliência em função da profissão da mãe, utilizamos o teste Anova.

Observamos que no pré-teste, é no grupo em que as mães trabalham no setor secundário é que a média é inferior ($p=0,258$ n.s.). O mesmo se dá no pós teste ($p=0,153$ n.s.). Mas estas diferenças não são estatisticamente significativas (Cf. Tabela 93).

Tabela 93- Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função da profissão da mãe

Resiliência/ Profissão da Mãe - Setor	Secundário	Terciário	NSNR	Não tem mãe	X ²	p
N	N=4	N=18	N=2	N=4		
	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.		
Pré-Teste	7,00	15,89	16,75	14,63	4,035	0,258
Pós-Teste	7,38	16,44	18,50	12,13	5,275	0,153

Estudo da relação entre a resiliência e o número de irmãos

Observamos que no pré-teste, as crianças que têm 1 irmão apresentam uma média inferior ($p=0,399$ n.s.). No pós-teste, são as crianças que referem ter 6 irmãos que

apresentam uma média inferior ($p=0,758$ n.s.). Estas diferenças não são estatisticamente significativas o que demonstra ser um grupo homogéneo (Tabela 94).

Tabela 94- Resultado do teste Kruskal-Wallis, da resiliência em função do número de irmãos

Irmãos / Resiliência	0 irmãos	1 irmão	2 irmãos	3 irmãos	4 irmãos	5 irmãos	6 irmãos	X ²	p
N	N=7	N=3	N=8	N=7	N=1	N=1	N=1		
	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.	O.M.		
Pré Teste	13,86	10,83	14,38	12,57	19,00	19,00	26,50	6,218	0,399
Pós Teste	18,07	16,67	13,75	11,29	13,00	18,50	9,00	3,392	0,758

Estudo da resiliência em função do sexo, da profissão do pai e da mãe, do número de irmãos e em função do grupo (intervenção) no Brasil

Estudo da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo

De acordo com o **sexo**, os elementos do sexo masculino pertencentes ao grupo experimental, apresentam ordenações média superiores no pré-teste ($p=0,308$ n.s.) Já as raparigas do grupo experimental apresentam ordenações médias inferiores no pré teste ($p=0,290$ n.s.), o que equivale dizer que os grupos são homogéneos, uma vez que não são apresentadas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 95).

Tabela 95 - Resultado do teste U de Mann-Whitney, da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo

Resiliência / Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	UMW	Z	p
N		N=14	N=14			
		O.M.	O.M.			
Masculino	Pré Teste	7,44	9,86	22,000	- 1,108	0,308
Feminino	Pré Teste	7,80	5,57	11,000	1,057	0,290

Já no pós teste os rapazes do grupo experimental apresentam médias inferiores ($p=0,079$ n.s), mas estas não são estatisticamente significativas. As raparigas do grupo experimental também apresentam médias inferiores no pós teste ($p=0,041$), sendo este

resultado estatisticamente significativo, o que equivale a dizer que a intervenção realizada com as raparigas teve efeito, conforme a tabela 96.

Tabela 96 - Resultado do teste T Independente da resiliência em relação ao sexo e em função do grupo

Resiliência / Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=14	N=14		
		Médias	Médias		
Masculino	Pós Teste	16,66	11,14	-1,897	0,079
Feminino	Pós Teste	14,00	8,43	-2,352	0,041

Estudo da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo

Em relação à **profissão do pai**, no setor secundário, o grupo experimental apresenta média inferior, quer no pré-teste ($p=0,683$ n.s) quer no pós-teste ($p=0,002$). No setor terciário, o grupo experimental apresenta média superior no pré-teste ($p=0,178$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,674$ n.s.). Nas demais profissões os resultados não são aplicáveis. n.s.). Não se encontram diferenças estatisticamente significativas no pré e pós teste do setor secundário e nem no pré teste do setor terciário, o que representa a homogeneidade nesses setores, mas foram encontradas diferenças significativas no pós teste do setor secundário, o que indica que a profissão dos pais que trabalham neste setor influenciaram na resiliência das crianças do grupo experimental (Cf. Tabela 97).

Tabela 97 - Resultado do teste T- Independente, da resiliência em relação à profissão do pai e em função do grupo

Profissão do Pai /Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=14	N=14		
		Médias	Médias		
Setor Secundário	Pré-Teste	16,83	15,38	-0,418	0,683
	Pós-Teste	17,17	7,50	-4,081	0,002
Setor Terciário	Pré-Teste	12,20	17,33	1,525	0,178
	Pós-Teste	12,80	14,33	0,442	0,674

Desempregado	Pré-Teste Pós-Teste	Não aplicável	21,00 16,00	Não aplicável
NSNR	Pré-Teste Pós-Teste	13,00 8,50	14,00 12,00	Não aplicável
Reformado	Pré-Teste Pós-Teste	17,00 10,00	Não aplicável	
Não tem pai	Pré-Teste Pós-Teste	Não aplicável	11,00 4,00	Não aplicável

Estudo da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo

Em relação à **profissão da mãe**, o grupo experimental do setor secundário, apresenta média inferior no pré-teste ($p=0,423$ n.s.) e no pós-teste ($p=0,024$.s.). No setor terciário, o grupo experimental apresenta média superior no pré-teste ($p=0,421$ n.s.) e inferior no pós-teste ($p=0,066$ n.s.). Em relação às crianças do grupo experimental que não sabem nem respondem à questão colocada pertencentes ao grupo experimental, apresentam médias superiores tanto no pré-teste e inferiores no pós teste mas os demais resultados não são aplicáveis. As crianças do grupo experimental que não tinham mãe apresentarem médias inferiores no pré teste no pós teste, mas os demais resultados também não são aplicáveis. Tendo em vista estes resultados, só foram encontradas diferenças significativas no pós teste do setor secundário (Cf. tabela 98).

Tabela 98 - Resultado do teste T- Independente, da resiliência em relação à profissão da mãe e em função do grupo

Profissão da mãe / Grupo		Grupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=14	N=14		
		Médias	Médias		
Setor Secundário	Pré-Teste	11,50	10,00	-1,000	0,423
	Pós-Teste	12,00	3,00	-6,364	0,024
Setor Terciário	Pré-Teste	14,90	17,25	0,825	0,421
	Pós-Teste	16,10	11,50	-1,977	0,066
NSNR	Pré-Teste	12,00	22,00	Não aplicável	
	Pós-Teste	18,00	13,00		
Não tem mãe	Pré-Teste	22,00	12,67	Não aplicável	
	Pós-Teste	14,00	8,67		

Estudo da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo

Com 2 irmãos, as ordenações médias do grupo experimental são inferiores no pré teste ($p=0,289$) e no pós teste ($p=0,019$), apresentando diferenças estatisticamente significativas e a heterogeneidade entre os grupos no pós teste. Os demais resultados não são aplicáveis, não apresentando diferenças significativas entre os grupos conforme a tabela 99.

Tabela 99 - Resultado do teste T-Independente, da resiliência em relação ao número de irmãos e em função do grupo

Resiliência / Grupo		Gupo de Controlo	Grupo Experimental	t	p
N		N=14	N=14		
		Médias	Médias		
0 irmãos	Pré-Teste	14,14	Não aplicável	Não aplicável	
	Pós-Teste	15,29	Não aplicável	Não aplicável	
1 irmão	Pré-Teste	11,33	Não aplicável	Não aplicável	
	Pós-Teste	14,33	Não aplicável	Não aplicável	
2 irmãos	Pré-Teste	18,25	13,50	-1,164	0,289
	Pós-Teste	16,75	7,25	3,204	0,019
3 irmãos	Pré-Teste	Não aplicável	13,71	Não aplicável	
	Pós-Teste	Não aplicável	10,14	Não aplicável	
4 irmãos	Pré-Teste	Não aplicável	16,00	Não aplicável	
	Pós-Teste	Não aplicável	12,00	Não aplicável	
5 irmãos	Pré-Teste	Não aplicável	24,00	Não aplicável	
	Pós-Teste	Não aplicável	15,00	Não aplicável	
6 irmãos	Pré-Teste	Não aplicável	28,00	Não aplicável	
	Pós-Teste	Não aplicável	10,00	Não aplicável	

WeBeST realizado com 28 alunos da Fase A sem intervenção nas áreas da psicomotricidade e da resiliência para conclusão do estudo 3 no Brasil.

Aquando da coleta dos dados (pré e pós teste) do teste de psicomotricidade (Portage) com os 28 elementos que não tiveram programa de intervenção nessa área, optámos por também coletar dados na área da resiliência, também com pré e pós teste do WeBeST (*Well-being Screening Tool*), com as mesmas crianças que também não tiveram programa de intervenção em resiliência, para verificarmos posteriormente como seriam os resultados com crianças não submetidas aos dois programas de intervenção.

As ordenações médias positivas obtidas foram 13,53 e as ordenações médias negativas 8,60, sendo que das 28 crianças, 5 apresentaram resultados onde o pós teste foi menor que o pré teste (resultado esperado), 19 obtiveram um pós teste maior que um pré teste, o que indica que houve um aumento em relação aos afetos negativos e 4 apresentaram um pré teste igual ao pós teste, ou seja, não melhoraram nem pioraram os seus resultados.

Quando comparados o pós teste com o pré teste, os resultados obtidos foram $Z=0,002$, estatisticamente significativos, ou seja, os alunos apresentaram diferenças entre o pré e o pós teste, conforme o demonstrado na Tabela 100

Tabela 100 - Resultado do teste de Wilcoxon, da resiliência entre o pré-teste e o pós-teste em função do grupo sem intervenção na área da psicomotricidade e da resiliência

Grupo sem intervenção psicomotricidade e resiliência	Ordenações Positivas	Ordenações Negativas	Z	p
Pré X Pós Teste	13,53	8,60	-3,071	0,002

Estes números, ou seja, a piora no quadro dos afetos negativos poderá ser explicada pela não intervenção, pelos contextos familiares empobrecidos, onde estão permanentemente expostas a diversos fatores de risco (pobreza, embriaguez dos pais, brigas, maus tratos, drogas, álcool), pela falta de adaptação a novos contextos, com regras, obrigação e observação de partilhas e comportamentos dos outros, com a falta de convivência em grupo e o saber lidar adequadamente com as suas próprias emoções e emoções dos outros, nem com o cumprimento de regras.

Tais resultados merecerão no entanto, alguns cuidados de interpretação, não só pelo tipo de crianças avaliadas (social, cultural economicamente desfavorecidas), bem como pelo tamanho da amostra.

Síntese Conclusiva do Estudo 3

Os resultados deste estudo 3, que avaliou somente as crianças portuguesas e brasileiras com 5 anos de idade, indicam que quando comparados o grupo experimental e o grupo controlo de Portugal e do Brasil, a evolução da resiliência foi bem-sucedida ao nível do grupo brasileiro que se submeteu ao Programa *Strong Start Pré K* sendo tais valores indicadores de que estas crianças melhoraram a sua capacidade de resiliência. Especificamente ao nível do controlo das suas emoções e no lidar com os problemas e as emoções próprias e dos outros, e também a nível da empatia.

Quanto ao grupo português os resultados não foram positivos por termos observado que 2 dos alunos do grupo experimental obtiveram resultados bastante estranhos de modo que devido aos valores obtidos enviezaram-se os resultados de todo o grupo, comprometendo a análise final.

Em comparação com outros autores, lembrando o que foi discutido anteriormente no capítulo 4, pudemos observar que Chari (2011) realizou um estudo adaptando o programa *Strong Start, The Brooks Afterschool Socio-Emotional (BASE)*, aplicando-o a faixas etárias superiores, falamos de 5 a 8 anos, e obteve o mesmo resultado obtido pela amostra brasileira quando avaliou os alunos através da aplicação do mesmo teste (*WeBeST*).

Estudos de Andreucci (2008), Sapienza (2005), Poletto (2008), Yunes (2003, 2001), (Grotberg (1993ab), bem como Linsdtröm (1998) e Garmezi (1993) têm vindo a salientar a importância da intervenção ao nível dos fatores de proteção, tais como a aposta na promoção da autoestima, do autoconceito, do desenvolvimento de competências pessoais e sociais e no lidar adequadamente com as emoções próprias e dos outros e não só a nível dos fatores de risco quer no indivíduo, quer nas famílias. Os fatores de proteção citados foram marcos importantes na construção, elaboração e na implementação do programa por nós delineado e aplicado.

A realização desta investigação comparativa que envolveu vários técnicos de diferentes formações desde professores, psicólogos, educadores de infância, técnicos de assistência social, enfermeiros e médicos foi bastante exigente e desgastante em termos pessoais e profissionais. Contudo, foi altamente gratificante observar-se os resultados positivos e o progresso verificado nas crianças e no modo como elas desenvolveram as suas competências.

De maneira geral, neste estudo, ao avaliarmos a confirmação das hipóteses, não houve confirmação da Hipótese H5 (os programas de psicomotricidade e resiliência aplicados em simultâneo) promovem o desenvolvimento integral da personalidade das crianças pré-escolares) na amostra portuguesa quando analisada somente a faixa dos 5 anos de idade ($p=0,925$), nem da H3 (variáveis sociodemográficas), nem da H4 (intervenção com o Programa *Strong Start* $p=0,393$).

A Hipótese H6 que trata dos alunos não submetidos aos dois programas em conjunto não pode ser analisada em Portugal devido ao facto de a psicomotricidade ser obrigatória nas instituições pré-escolares no país.

Para a amostra brasileira, H3 está parcialmente confirmada quando comparados a resiliência, as variáveis sociodemográficas e a intervenção quando verificados os resultados do grupo experimental quer na profissão dos pais ($p=0,002$) e mães ($p=0,024$) que trabalham no setor secundário, quer nos alunos do grupo experimental que têm 2 irmãos ($p=0,019$) e H4 também confirma-se ($p=0,005$).

Além disso, a H5 está confirmada ao juntarmos os resultados das duas intervenções (Fase B do Estudo 2, que teve $p=0,002$ na área da psicomotricidade e $p=0,005$ na investigação na área da resiliência do Estudo 3).

Os alunos brasileiros não submetidos às duas intervenções em conjunto (Fase A do Estudo 2 sobre a psicomotricidade e que nessa fase foram submetidos ao teste de resiliência ($p=0,002$), apresentaram piores resultados que os demais, o que confirma H6 (alunos não submetidos aos dois programas apresentam piores resultados que os submetidos).

Capítulo 7 – Conclusão Integrativa

CAPITULO 7 – Conclusão Integrativa

7.1. Principais Conclusões

Através dos estudos 1 (crianças portuguesas e brasileiras com 5 anos de idade), 2 (psicomotricidade em crianças brasileiras de 5 anos de idade) e 3 (psicomotricidade e resiliência em crianças portuguesas e brasileiras de 5 anos de idade), investigámos a eficácia de programas e instrumentos que tratavam da resiliência e da psicomotricidade em crianças frequentadoras de jardins-de-infância.

As principais conclusões a que chegamos foram:

No estudo 1, exploratório na área da resiliência, onde participaram 76 crianças portuguesas e 151 brasileiras, as crianças portuguesas e brasileiras submetidas ao Programa *Strong Start Pré K* (GE), obtiveram melhores resultados que as não submetidas ao Programa (GC), o que significa que a aplicação do Programa Pre K teve efeito positivo na resiliência das crianças em idade pré-escolar.

As crianças brasileiras apresentaram melhores resultados no pós teste quando comparamos a resiliência em função dos grupos, a resiliência e o sexo masculino e feminino em função dos grupos, a resiliência e os 3, 4 e 5 anos de idade em função dos grupos; quanto aos pais e mães que trabalham no setor terciário e quando comparados os grupos de controlo entre si e experimental entre si verificaram-se diferenças estatisticamente significativas.

As crianças portuguesas do estudo 1 apresentaram resultados estatisticamente significativos no pós teste no que se refere à profissão do pais no setor secundário e quando comparados os resultados entre os grupos experimentais.

No **estudo 2** sobre a psicomotricidade, com a realização de somente um teste Portage, as avaliações feitas demonstraram existirem diferenças significativas desde o pré teste entre os alunos que estão matriculados no Núcleo Assistencial Joanna de Ângelis que frequentam em período integral (NA-PI) e os que frequentam em meio período (NA-MP), na **fase A**.

Na **fase B**, na qual foi ministrado programa de psicomotricidade a todos os que frequentavam o Núcleo assistencial em meio período (NA-MP), os resultados obtidos foram estatisticamente significativos quando avaliados através do pós teste. Isto significa que o programa estabelecido pela Instituição na área da psicomotricidade auxilia aos alunos que estão no Núcleo desde as séries iniciais, em período integral a partir dos 3 anos de idade assim como aos novos alunos, que frequentaram em meio período a Instituição. Estas quando submetidas ao programa de psicomotricidade também obtiveram resultados que espelharam melhorias nesta área.

Para o **estudo 3**, comparámos o desempenho das 35 crianças portuguesas com 5 anos de idade do Estudo 1, que obrigatoriamente realizam atividades psicomotoras de acordo com as normas do Ministério da Educação (1997), com os 28 alunos Brasileiros do estudo 2 das fases A (sem estarem submetidos a atividades de desenvolvimento da psicomotricidade e que passaram somente por um teste da resiliência sem programa de intervenção na mesma área) e B (onde os mesmos 28 alunos passaram a ter atividades psicomotoras). A amostra Brasileira da fase B do estudo 3 foi novamente subdivida em grupo experimental (com intervenção) e grupo controlo (sem intervenção) no que se refere à Resiliência, para que se conseguissem as mesmas condições das crianças portuguesas.

A eficácia do programa de resiliência aplicado ao grupo experimental brasileiro permaneceu inalterada. Os resultados obtidos pelo Grupo Experimental (GE) foram superiores aos do Grupo Controlo (GC), mesmo quando comparados os grupos experimental e controlo entre si. O mesmo se verificou quando comparados a resiliência e os grupos, quer no pré teste, quer no pós teste.

Quando se verificou, na amostra do **Brasil**, os valores da resiliência tendo em conta as variáveis sexo, a profissão do pai e da mãe e o número de irmãos, os resultados apontaram para uma não variação da mesma. Quando se comparam os grupos experimental e de controlo tendo em conta a resiliência e a profissão dos pais e das mães, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas no pós teste do grupo experimental de crianças cujos pais trabalham no setor secundário (Indústria). No que se refere ao número de irmãos, da mesma amostra e entre os grupos os resultados apresentaram diferenças significativas no pós teste em crianças com 2 irmãos. Ainda na

mesma amostra e relativamente á resiliência, foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controlo e experimental.

Em **Portugal**, apesar de se ter obtido resultado que comprovasse a eficácia do programa preventivo da resiliência às crianças do Grupo Experimental com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade (Estudo 1), estas últimas (5 anos) ao serem avaliadas isoladamente não obtiveram resultados significativos que apontassem diferenças. Comparando o estudo 3 com os resultados obtidos no estudo 1, é interessante destacar que as crianças portuguesas apresentaram diferenças significativas quando comparada a resiliência e a profissão dos pais tendo sido esta maior nas crianças cujos pais trabalham no setor secundário. Este mesmo resultado foi obtido no último estudo (Estudo 3) brasileiro em que neste caso, também as crianças cujos pais e mães trabalham no setor secundário apresentaram aumentos significativos na resiliência.

No capítulo 1 ficou demonstrado que uma boa estruturação psicomotora é a base fundamental para o processo cognitivo e da aprendizagem assim como para a percepção do mundo à nossa volta, pois tem como referência o corpo. A noção espacial ocorre do concreto para o abstrato, do objectivo para o subjetivo e do corporal para o externo, a partir do sistema visual. Ao ler as atividades propostas no Programa *Strong Start Pré* sobre aprendermos a observar melhor o mundo ao nosso redor e a melhor observar as atitudes das pessoas à nossa volta, pensámos em unir essas duas áreas para um melhor desempenho global das crianças, o que foi plenamente obtido nas crianças que integraram a amostra brasileira.

A síntese desta conclusão integrativa evidencia que os objetivos inicialmente propostos para esta investigação foram atingidos na sua plenitude na amostra Brasileira e em todos os estudos aí efetuados. Na amostra Portuguesa, apenas o estudo 1 no grupo experimental (3 aos 5 anos de idade), atingiu os objetivos propostos.

O facto de ser um estudo de natureza comparativa entre Brasil e Portugal permitiu realçar a necessidade de ser considerada na educação dos educadores e professores a importância da resiliência e psicomotricidade em conjunto, de forma a promover de uma maneira mais íntegra a formação do indivíduo. Esta investigação evidencia igualmente que tais desideratos serão mais eficazes quanto mais precocemente estratégias, de intervenção e desenvolvimento integral, forem implementadas.

7.2. Implicações práticas

Tendo como pano de fundo um mundo em mudança, principalmente social e profissional aos indivíduos cada vez mais é exigido e cada vez mais cedo, comportamentos que indiquem capacidade de ser resiliente, articulado e capaz de assumir controlo das diversas situações nas diversas fases da sua vida. As novas estruturas familiares, o acesso ilimitado e em tempo real a informações de todo o mundo, as exigências sociais e profissionais obriga cada vez mais a criança a ter de desenvolver “mecanismos de ajustamento” à realidade.

Esta investigação permitiu evidenciar a necessidade e a mais-valia da intervenção precoce. Deste modo ao salientar a importância dos princípios, dos objetivos e da adequabilidade das metodologias empregadas, a nossa sugestão é a continuação da aplicação dos programas de intervenção em contextos escolares, em crianças em idade pré-escolar e escolar, visando a promoção da saúde, bem-estar e sucesso escolar de crianças e jovens tanto na área da resiliência, quanto da psicomotricidade.

Julgamos ser também necessária uma formação básica e contínua dos profissionais que trabalham na área da educação e saúde, que contemple no seu curriculum a promoção da resiliência e o estudo das emoções e sentimentos e na área da psicomotricidade para uma melhor compreensão do desenvolvimento integral do indivíduo, das relações intra e inter pessoais, de modo a saber lidar com as adversidades e mudanças que fazem parte do quotidiano, para que todos tenhamos uma vivência e convivência mais saudável, melhoria do bem-estar e da qualidade de vida assim como sucesso pessoal e profissional. Outra das implicações deste trabalho prende-se com a sensibilização para estas temáticas por parte dos pais e encarregados de educação. Ao desenvolver os programas de intervenção ao longo desta investigação, os pais e encarregados de educação, tal como os docentes titulares, eram notificados diariamente dos conteúdos das aulas que constituíam o programa. Eram ainda informados acerca do que poderiam desenvolver em casa e na escola ou pré- escola para reforçar a eficácia do programa.

7.3.Limitações

Por serem estudos exploratórios e complexos, por ter-se uma pequena amostra das populações portuguesa e brasileira no que se refere à psicomotricidade, assim como por existirem diferenças na legislação de ambos os países nessa área, os resultados obtidos nesta investigação tiveram de ser lidos com alguma cautela.

Destacámos ainda as diferenças linguísticas e sociais ou mesmo dos hábitos vivenciais existentes entre as culturas americana, brasileira e portuguesa que dificultaram um pouco mais a adaptação da tradução nos dois países, uma vez que não se conseguiu utilizar o mesmo manual do programa no Brasil e em Portugal.

Outra das limitações sentidas nesta investigação prende-se com o facto de não haver instrumentos específicos construídos para esta faixa etária e termos de traduzir e adaptar este programa para a realidade portuguesa embora tivesse sido este “um mal menor”.

7.4.Investigações Futuras

Ao ter resultados gratificantes em ambos os países, julgamos ser um incentivo a futuros estudos e investigações mais aprofundadas, em países de origem portuguesa (PALOPs), envolvendo uma amostra maior da população, além da elaboração e implementação de um programa desenvolvido especialmente para as comunidades de língua portuguesa, uma vez que foi detectada lacuna nessa área nas investigações realizadas por Andreucci e Pereira (2008) ao nível dos instrumentos de avaliação e programas envolvendo a resiliência em crianças em idade pré-escolar e escolar.

Propomos um estudo longitudinal a nível do *follow up* para avaliar a eficácia do programa ao longo do desenvolvimento, quer no Brasil, quer em Portugal.

Chegamos ao fim desta etapa de investigação. Foi um percurso ambicioso, complexo e multidisciplinar.

Se por um lado, exigiu da nossa parte um maior investimento e sobrecarga de trabalho ao realizarmos tantos e tão complexos estudos, por outro lado os resultados obtidos bem como as consequências positivas para o desenvolvimento pessoal e social das crianças são indicadores de que valeu a pena tal esforço.

Da nossa parte, diremos que foi muito gratificante poder contribuir para a promoção do sucesso e aprendizagem destas crianças.

Referências

Referências

- Aberastury, A; Knobel, M (1997). *A adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu, M. (2008). *O papel dos fatores de proteção na promoção da resiliência em adolescentes (um estudo de caso)*. I CONGRESSO INTERNACIONAL EM ESTUDO DA CRIANÇA – INFÂNCIAS POSSÍVEIS, MUNDOS REAIS, Braga, Portugal. 2-4 Fevereiro, 2008 - "*Atas Do I Congresso Internacional Em Estudo Da Criança – Infâncias Possíveis, Mundos Reais*." ISBN 978-972-8952-08-2. 14p.
- Ajuriaguerra, J (1985). *Revista do Corpo e da Linguagem*. Nº 12, Março. Rio de Janeiro.
- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual da Psiquiatria Infantil*. São Paulo: Masson.
- Alarcão, I. (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Almeida, G. (2008). *Teoria e Prática em Psicomotricidade: jogos, atividades lúdicas, expressão corporal e brincadeiras infantis*. Rio de Janeiro: WAK Editora.
- Almeida, L.; Guisande, M. A; Ferreira, A. I. (2009). *Inteligência: Perspectivas teóricas*. ed. 1. Coimbra: Livraria Almedina.
- Almeida, L.; Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Alves, F. (2008). *Psicomotricidade: Corpo, Ação e Movimento*. Rio de Janeiro: WAK Editora.
- Amparo, D. et al (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*. 13, (2) 165-174. ISSN 1413-294X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200009>.

- Anaut, M. (2005). *Resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andreucci, L.; Cró, M.; Pinho, Pereira, A.; Pinho, A. (2012). “Lidar com as Emoções: Programas de Intervenção dos 3 aos 18 anos de Idade”. *Enviado ao I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação*. A aguardar publicação.
- Andreucci, L.; Gomes, R., Pereira, A.; Abrantes, N.; Inocencio, L.; Merrell, K. (2011) Avaliação das aptidões sociais e comportamentais de crianças em idade pré escolar : Estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Cabo Verde. *Atas do XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação* Guarda.
- Andreucci, L.; Pereira, A.; Cró, M.; Rocha, A.; Merrell, K.; Lopes, A.; Almiro, F.; Vitória, P.; Andrade, R.; Rodrigues, S.; Santos, S. (2011). Promoção do sucesso escolar em crianças portuguesas desfavorecidas: Um estudo sobre a resiliência. In *Atas do I Congresso Nacional de Saúde Infanto-Juvenis*. Viseu. ISBN.978-989-96715-2-2.
- Andreucci, L., Gomes, R.M., Abrantes, N., Pereira, A., Cró, L. & Pereira, G. (2010). *Estudo comparativo entre Brasil e Portugal sobre a avaliação sócio emocional de crianças*. In: C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio e M. C. Taveira (Eds.), *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.116-123). Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho. [ISBN – 978-989-96606-0-1]
- Andreucci, L.; Pereira, A., Cró, M., Rocha, A., Ferreira, C., Loureiro, L., Oliveira, P., Pereira, T. (2009). Promoção da Resiliência em crianças: Programa *Strong Start*. In Bonito, J. (Coord.), *Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas*. *Atas do II Congresso Nacional para a Educação da Saúde* (pp. 607-615). Évora: Universidade de Évora.
- Andreucci, L.; Pereira, A., Cró, M., Rocha, A., (2009). Resiliência: Estudo Comparativo entre Portugal e Brasil. *Atas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (869-882). Faro: Universidade do Algarve.

- Andreucci, L. & Pereira, A. (2008) *Strong Start: Versão Portuguesa do Programa de Promoção da resiliência Strong Start*. Documento a aguardar publicação. Aveiro
- Andreucci, L (2008) *Strong Start: Versão Brasileira do Programa de Promoção da resiliência Strong Start*. Documento a aguardar publicação. Botucatu
- Andreucci, L (2007). *Ativação do desenvolvimento psicológico um estudo com crianças brasileiras socialmente desfavorecidas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro: Aveiro (não publicada).
- Andreucci, L.; Macedo, C.; Montelli, T.(2004). Alterações cognitivas em escolares de classe econômica desfavorecida. *Arquivos de Neuro – Psiquiatria*. 62, (3b), 852 – 857.
- Anthony, E. & Cohler, B. J. (1987) *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
- Antoni C.; Koller S. (2000) Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus-tratos intrafamiliares. *Revista de Psicologia*, 31(1):39-66.
- Antoniuzzi, A.; Souza, L.; Hutz, C. (2009). Coping em Situações Específicas, Bem-estar subjetivo e Autoestima em Adolescentes. *Revista Interinstitucional de Psicologia* 2 (1), 34- 42.
- Antoniuzzi, A., Dell’Aglia, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3 (2), 273-294.
- Arantes, M. (2007). *A construção da identidade de crianças pantaneiras*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco: Campo Grande (não publicada).
- Assis, S; Constantino, P. (2001). *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Fiocruz, Rio de Janeiro

- Assis, S. (1999). *Traçando caminhos em uma sociedade violenta*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Bandeira, C. (2009). *Bullying: autoestima e diferenças de gênero*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nova Iorque: Freeman
- Barbosa, G. (2006). *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª Série: Validação e aplicação do questionário do índice de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/Barbosa*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Barbosa, H.; Costallat, D.; Galvani, C.; Pucca, C.; Loureiro, M.; Sanseverino, M.; Nacarato, S.; Fonseca, V. (2002). *A Psicomotricidade otimizando as relações humanas*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Bardagi, M; Arteché, A.; Neiva-Silva, L. (2005). Projetos sociais com adolescentes em situação de risco; Discutindo o trabalho e a orientação profissional como estratégias de intervenção. In C. Hutz (Org.). *Violência e risco na infância e na adolescência; Pesquisa e intervenção*. (pp 101-146). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barros, D.; Sani, A. (2010). Estratégias de *Coping* em Crianças Vítimas de Abuso Sexual. In *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho*.
- Barros, D.; Barros, D. (2008). A psicomotricidade, essência da aprendizagem do movimento especializado. In: Ferreira, C; Heinsius, A.; Barros, D. (Org.). *Psicomotricidade Escolar* (.65-76). Rio de Janeiro: WAK Editora.
- Bezerra, M.; Hermida, J. (2011). Educação e corporeidade: Vivências na Educação Infantil. *Revista EDUCamazônia - Educação Sociedade e Meio Ambiente, Humaitá, LAPESAM, GISREA/UFAM/CNPq/EDUA* – ISSN 1983-3423 – Ano 4, Vol VII, nº 2, jul-dez, 74-91.

- Bianchini, C.; Santos, E.; Santos, M.; Pinto, C. (2011). Estresse Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem de um Hospital Psiquiátrico. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 3 (5). 15-25.
- Bloom, B.(1996). *The home environment and social learning*. San Francisco : Jossey-Bass
- Bluma, S.; Shearer, M.; Frohman, A. and Hilliard, J. (1972). *Portage Guide to Early Education*. Wisconsin: Cooperative Educational Service Agency, 12.
- Bonboir, A. (1995). Éducation et développement personnel. Bref aperçu du cadre théorique de l'activation du développement. In: J. Tavares et al. *Ativação do Desenvolvimento Psicológico nos Sistemas de Formação*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Bottega, R. (2007). Formação de Professores em Serviço: Aspetos para Discussão. *Revista Trama* 3 (5) 171-179.
- Botvin, G. (2004). Advancing prevention science and practice: Challenges, critical issues and future directions. *Prevention Science*, 5, 69–72.
- Boyd, D.; Bee, H. (2011). *A criança em desenvolvimento*. Artmed Editora: Porto Alegre.,
- Brandão, J. ; Mahfoud, M. e Gianordoli- Nascimento,I. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 21,(49), 263-271. ISSN 0103-863X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200014>.
- Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development*. New York: John Wiley, 1998. p. 993. 1028.

- Bronfenbrenner, U. (Ed.) (2005). *The Theory of Human Development - Making Human Beings Human*. Cornell University. Thousand Oaks: Sage Publications, 3-15
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). *The ecology of developmental processes*. Em W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology V.1* (pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecologia del Desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- Bruner J. (1983). *Le Développement de l'Enfant: Savoir-Faire. Savoir- Dire*. Paris: P.U.F
- Buchanan, R.; Gueldner. B.; Tran, O. ; Merrell, K. (2009). *Social and Emotional Learning in Classrooms: A Survey of Teachers' Knowledge, Perceptions, and Practices*. *Journal of Applied School Psychology*.25, (2), 187-203
- Canelas, R. (2004). *A Resiliência de crianças em situação de risco em programas socioeducativos de Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte.
- Cardoso, L.; Sade, P. (2012). O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*, Curitiba,2 (1), 2-10.
- Carlotto, M.; Câmara, S. (2007). Preditores da Síndrome de Burnout em professores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 101-10.
- Carlotto, M.; Palazzo, L. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo

epidemiológico com professores. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2(5):1017-1026.

Carlotto, M.(2003). Burnout e o trabalho docente: considerações sobre a intervenção. *Revista Eletrônica InterAção Psy* 2003; 1:12-8.
<http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo2.pdf>.

Carvalho, S. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde Coletiva*. Jul-Set; 10(3): 669-78.

Carvalho, M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166.

CASEL (2003). *Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning programs*. Chicago: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.

Catalano, R.; Berglund, M.; Ryan, J.; Lonczak, H. & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5, Article 15. Retrieved September 8, 2003, from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050015a.html>

Cavallera,R. (2009) *Livros religiosos é o segmento que mais cresce no mercado editorial*. Disponível em: < <http://noticias.gospelmais.com.br>>. Acesso em: 05 out. 2009.

Cecconello, A, & Koller, S. (2003). Avaliação da competência social em crianças em situação de risco.*Psicologia-USF*, 8, 1-9.

César, M. (2000). Interações sociais e apreensão de conhecimentos matemáticos: A investigação contextualizada. In J.P. Ponte & L. Serrazina (Org), Educação

matemática em Portugal, Espanha e Itália - *Atas da Escola de Verão em Educação Matemática – 1999* (5-46). Lisboa: SPCE - Seção de Educação Matemática.

Chari, J, et al (2011). *Socio-Emotional Learning Programs For Children: From Theory to Community Implementation*. Universidade de Chicago.

Chaves Júnior, N. (2010). *Burnout de Enfermeiros: um estudo em hospitais de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado. Faculdade Novos Horizontes: Belo Horizonte.

Cohen, R.; Faria, M. & Magnan, V. (2010). Projeto Brincante: O Brincar no Ambiente Hospitalar. In: Ferreira, C.; Hensius, A.; (Org.). *Psicomotricidade na Saúde* (.129-141). Rio de Janeiro: WAK Editora.

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2003). *Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning (SEL) programs*. Chicago: Author.

Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. (1994). The promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In R. J. Haggerty, L. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.). *Stress, risk, resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interaction* (pp. 268–316). New York: Cambridge University Press.

Costa, J.; Lima, J. (2008). Estratégias para o enfermeiro enfrentar o *stress* em seu trabalho com portador de transtorno mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24 (3): 325-335.

Costa, J.; Lima J; Almeida P (2003). *Stress* no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37(3):63-71.

- Cowan, P , Cowan, C. & Schulz, M. (1996). Thinking about risk and a resilience in families. Em E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Orgs.). *Stress, coping and a resiliency in children and families* (1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Cró, M.; Pinho, A.; Vale Dias, M.; Andreucci, L.(2012). *A abordagem curricular High-Scope: o desenvolvimento da inteligência emocional na primeira infância*. Enviado ao I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação. A aguardar publicação.
- Cró M.; Andreucci, L.; Pereira, A.; Pinho A. (2011). Psychomotricity, health and well-being in childhood education. *International Conference on Education and New Learning Technologies (EDULEARN)*. Barcelona: IATED, 4716-4722.
- Cró M.; Andreucci, L.; Pereira, A.; Pinho A. (2011) Resilience and Pshycomotricity in Preschool Education: A study with children that are socially, culturally and economically disadvantaged. Cap.*Handbook of Research on ICTs for Healthcare and Social Services*. (Aceite para publicação).
- Cró, M.; Pinho, A. (2011). A primeira infância e a avaliação do desenvolvimento pessoal e social. *Revista Iberoamericana de Educación*. Madri 56,(1). ISSN: 1681 – 5653
- Cró, M.; Andreucci, L.; Pereira, A. (2009). Formação de Professores e Desenvolvimento de Competências. In: *Currículo e Formação*. Cró, M.L. (org/coord).Col.: Práticas - Conhecimento - Pensamento. Ed. IPC. Col. Inovar para Crescer. ISBN 978-989-95440-6-2.
- Cró, M.; Andreucci, L.; Pereira, A. (2008). Innovation as a form of Intervention in Education. *ICERI2008 International Conference of Education, Research and Innovation*.ISBN:978-84-612-5091-2.Ed.IATED, Madrid.

- Cró, M. (2006). Formação de Professores versus Sucesso dos Alunos. In *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano39, nº2005, II Secção: Artigos de Homenagem, 313-337.
- Cró, M. (2006). O Modelo ADP na Formação de Professores. In *Atas do Simpósio Internacional, Ativação do Desenvolvimento Psicológico*, Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro, 34-41.
- Cró, M. (2006). *Atividades na Educação Pré-Escolar e Ativação do Desenvolvimento Psicológico*, 2ª Ed., Lisboa: ESEJD-Artes Gráficas, Lda. Editora.
- Cró, M. (2004). Uma Experiência de Investigação em Educação. In *Investigação em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Cró, M. (2001). *Ativação do Desenvolvimento Psicológico*, Lisboa: ESEJD-Ideias Virtuais Editora.
- Cró, M. (1998). *Formação Inicial e Contínua de Educadores/Professores. Estratégias de Intervenção*. Porto: Porto Editora.
- Cruz-Villalobos, L. (2009). *Poesía, Sufrimiento y Misión*. Ediciones Arte-Sano: Santiago do Chile.
- Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor, el sentido de la resiliencia*. Barcelona: Ediciones Granica.
- D'Hainaut, L. (1990). Comment définir un curriculum axé sur la formation fondamentale. *Pédagogie collégiale*, 3(3). 33-43.
- De Rose, J. (1994). A contribuição da análise do comportamento para a educação: convergências e divergências com a perspectiva de Emília Ferrero. *Cadernos da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP*, n. 3, p. 23-31.

- Defontaine, J. (1980) *A Psicomotricidade em quadrinhos*. [s.i] São Paulo: Manole,
- Del Prette, Z.; Del Prette, A. (2006) Avaliação intermodal de habilidades sociais em crianças: Procedimentos, instrumentos e indicadores. In *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal*. Bandeira, M, Del Prette, Z.; Del Prette, A. (Organizadores). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Del Prette, A.; Del Prette, Z. & Barreto, M. (1999). Habilidades sociales en la formación del psicólogo: Análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual* (Espanha), 7, 27-47.
- Dela Coleta, A. (2007). *Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança pessoal e patrimonial*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.
- Dias, I & Pereira, A (2007). Promover competências no ensino superior - o caso da educação de infância. In *Atas do IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação – Educação para o sucesso: políticas e atores*. Funchal: SPCE (CD Rom).
- Diaz, J. and Resa, J. (1997) A criança socioculturalmente desfavorecida. Bautista, R. (Org.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp.9-19). Lisboa: Dinalivro
- Doca, F. (2011). *Resiliência em idosos que meditam*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo: São Bernardo do Campo.
- DuBois, D. Silverthorn, N. (2005). Natural Mentoring Relationships and Adolescent Health: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health: 3*, 518-524.doi: 10.2105/AJPH.2003.031476

- Durlak, J. & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115–152.
- Elias, M., Arnold, H., & Hussey, C. (Eds.). (2002). *Leadership practices for caring and successful schools*. Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Elias, M., Zins, J., Weissberg, R. , Frey, K., Greenberg, M., Haynes, N. , Kessler, R., Schwab-Stone, M. & Shriver, T. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Etzion, D., & Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: a psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209
- Faust, J. (2006). *Preventing depression and anxiety: An evaluation of a social- emotional curriculum*. Unpublished education specialist project, Whitewater: University of Wisconsin.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A.(2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review Public Health*. 26, 399-419 .
- Ferreira, C. (2009). *Psicomotricidade, Educação Especial e Inclusão Social*. WAK Editora: Rio de Janeiro.
- Ferreira, C. (2008). *Psicomotricidade e Saúde*. WAK Editora: Rio de Janeiro.
- Ferreira, C. (2005). *Psicomotricidade escolar*. WAK Editora: Rio de Janeiro.

- Ferriolli S; Marturano E; Puntel L (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista da Saúde Pública*, 41(2) 251-9
- Filgueiras, J. & Hippert, M. I. (2002). Estresse: Possibilidades e limites. In M. da G. Jacques & W. Codo (Eds.). *Saúde mental e trabalho: Leituras* (112-129). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fino, C (2001). Vygotsky e a zona de desenvolvimento proximal (ZDP): Três implicações pedagógicas. *Revista Portuguesa de Educação*. 14 (2). Braga: Universidade do Minho.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fontes, A.; Azzi, R. (2012). Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estudos de psicologia*. (Campinas) [online]. 29,(1), 105-114. ISSN 0103- 166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100012>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- França, H. (1987). A síndrome de *burnout*. *RBM- Revista Brasileira de Medicina*, 44, (8) 197-199.
- Freud, S. (1987). Esboço de psicanálise. In *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XXIII*. Rio de Janeiro: Imago.

- Fredericks, L. (2003). *Social and emotional learning, service learning, and educational leadership*. Chicago: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Fustier, P.(2000). *Le lien d'accompagnement*, Paris, Dunod.
- Garcia, I. (2001). *Vulnerabilidade e resiliência*. Adolescencia Latinoamericana. v.2 (3)
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic.
- Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Scherrod, N. Garnezy & M. Rutter, (Orgs.). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions* (pp.1-18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry* 56, 127-136.
- Garnezy, N ; Masten, A. (1991) The protective role of competence indicators in children at risk. In E. Cummings e col. *Perspective on Stress and Coping*. Hildale, NJ: Erlbaum Associates, 151-174.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gaspar, T., Matos., Ribeiro, J. e Leal, I. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista. Brasileira de Terapias Cognitivas*. [online]. 2006, vol.2, (2) [citado 2011-05-23], pp. 47-60 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-5687.
- Gil-Monte, P.; Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis

- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Gomes, R., Pereira, A, Abrantes, N., Inocencio, L., Merrell, K. & Andreucci, L. (2011). Avaliação das aptidões sociais e comportamentais de crianças em idade pré-escolar: estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Cabo Verde. In Carlos Sousa Reis & Fernando Sá Neves (Coords.) *Livro de Atas do XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, 1*, 155-160. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda. [ISBN: 978-972-8681-35-7]
- Gomes, R; Pereira, A; Merrell, K. (2009). Avaliação Sócio - Emocional: Estudo exploratório do PKBS-2 de Merrell aplicado a crianças portuguesas em idade pré – escolar. In Silva, Bento D.; Almeida, Leandro S.; Barca, Alfonso & Peralbo, Manuel (org.). *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. pp 2759-2767. Braga: Universidade do Minho
- Gottfredson, D. & Wilson, D. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science, 4*, 27 – 38.
- Grassi-Oliveira, R.; Daury Filho, L.; Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS, 39 (3)*, 275-281
- Greef, A. ; Holtzkamp J. (2007). The prevalence of resilience in migrant families. *Fam Com Health, 30(3)*, 189-200.
- Greenberg, M. (2004). Current and future challenges in school-based prevention. *Prevention Science, 5*, 5–13.
- Greenberg, M; Weissberg, R; O'Brien, M.; Zins . J.; Fredericks, L.; Resnik, H. & Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social and emotional learning. *American Psychologist, 58*, 466–474.

- Grotberg, E. (2005). Novas Tendências em Resiliência. Em: A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Org.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (p.15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Grotberg, E. (1993a). Promoting Resilience in Children: A New Approach. *The Ahfad Journal* 10 (2), 5-14.
- Grotberg, E.(1993b). Promoción de la "defensa ante la adversidad" en los niños: Nueva aproximación. *Medicina y Sociedad*. 10(1-2).
- Grotberg, E. (1993c). *Promoting resilience in children: a new approach*. University of Alabama at Birmingham: Civitan International Research Center.
- Guimarães, L. et al. (2005). Mobbing (assédio psicológico): relações com transtornos mentais e coping em trabalhadores do gasoduto Brasil-Bolívia. *Revista Psicologia, Organização e Trabalho*. [online] 5,(2), 15-34. ISSN 1984-6657.
- Harrow, A. (1983). *Taxionomia do domínio motor*. [s.i] Rio de Janeiro: Globo.
- Hensius, A. (2010). Fundamentos Psicológicos da Psicomotricidade na Área da Saúde. In: Ferreira, C.; Hensius, A.; (Org.). *Psicomotricidade na Saúde* (pp.47-64). Rio de Janeiro: WAK Editora.
- Hensius, A. (2008). Desenvolvimento psicomotor e construção do sujeito. In: Ferreira, C.; Hensius, A.; Barros, D. (Org.). *Psicomotricidade Escolar* (77-96). Rio de Janeiro: WAK Editora.
- Hutz, C., Koller, S. & Bandeira, D. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP*, 1(12), 79-86.
- Infante, F. (2005). *A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente*. Fundação Bernard van Leer.

- Infante, F. (2002). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. (pp.31-53). Buenos Aires: Paidós.
- Jaffee, S.; Caspi, A.; Moffitt, T.; Polo-Tomã, S., Taylor A (2007). Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient from non resilient maltreated children: a cumulative stressor model. *Child Abuse Negl*, 31(3), 231-53
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais, Guia Prático para a mudança positiva*. Porto: Asa Editores.
- Jessor, R.; Bos, J.; Vanderryn, J.; Cost, F. & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology* 31(6):923-933
- Jiménez, R. (1997). Educação Especial e Reforma Educativa. Bautista, R. (Org.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp.9-19). Lisboa: Dinalivro
- Kitze, S.; Rodrigues, A. (2008). Burnout em oncologia: um estudo com profissionais de enfermagem. *Rev. Einstein*. 6(2), 128-133
- Kliewer, W. (1991). Coping in middle childhood: relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. *Developmental Psychology*, 27, 689-697.
- Kleinman, M. (1998). *Burnout: occupational stress*. New York: Plenum Press.
- Koller, S.; Dell’Aglío, D; Yunes, M (2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do psicólogo.

- Kompier, M.; Kristensen, T. (2003). As intervenções em estresse Organizacional. *Cadernos de psicologia social do trabalho [online]*, 6, 37-58. ISSN 1516-3717.
- Kotliarenko, M. & Lecannelier, F. (2004). Resiliencia y coraje: el apego como mecanismo protector. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodríguez (Orgs.). *Resiliencia y subjetividad* (pp.123-135). Buenos Aires: Paidós.
- Kotliarenko, M.; Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estados de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Kulic, K., Horne, A., & Dagley, J. C. (2004). A comprehensive review of prevention groups for children and adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 8, 139-151.
- Ladd, G., Herald, S., Slutzky, C. B. & Andrews, R. (2004). Peer group rejection. In L. A. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Eds.). *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 15-48). New Jersey, NJ: John Willey
- Lambert, M. (1972). *Répertoire d'activités psycho-motrices pour l'acquisition et la consolidation des "aptitudes requises" à l'apprentissage et la prévention scolaire*. Paris: Hachette.
- Lantieri, L. (Ed.). (2002). *Schools with spirit: Nurturing the inner lives of children and teachers*. Boston: Beacon.
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (1986). *Simbologia do Movimento: Psicomotricidade e Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lázaro, S (2009). Resiliencia en niños y adolescentes: revisión teórica e implicaciones para la intervención psicoeducativa en situaciones de maltrato familiar. *Estudios de Psicología*, 30,(1), 89-104.
- Lazarus. R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R; Launier, S. (1978). Stress related transaction between person and environment. In: DERVIN, L.A.; LEWIS, M. *Perspectives in international psychology*. New York, Plenum, p.287-327.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le Boulch, J. (1982). *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento até os seis anos; a psicocinética na idade pré-escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Le Boulch, J. (1983). *A educação pelo movimento: a psicocinética na idade escolar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Le Boulch, J. (1987). *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento até os seis anos; a psicocinética na idade pré-escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, A.; Röhr, F.; Acioly-Régner, N. (2011). A resiliência e seus efeitos na prática docente. In *Atas do X Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional*. Universidade Estadual de Maringá – Maringá – PR
- LeBuffe, P. & Naglieri, J. (1999). *The Devereux Early Childhood Assessment*. Lewisville, NC: Kaplan Press Publishing.
- Lefrançois, G. (2008). Teorias da Aprendizagem. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*. 13 (2)

- Levin, E. (2005). *O corpo ajuda o aluno a aprender. Revista Nova Escola, 179*, ano XX, jan. fev, p. 20-22.
- Li, S., Richards, M. (2007). Risk and protective factors for urban African-American youth. *Am J Com Psychol*, 39:21-35.
- Lima, N.; Oliveira, J.; Lima, C.; Silva, E, (2011). Burnout: Analisando a Síndrome no Ramo das Indústrias Alimentícias do Rio Grande de Norte. *Revista Gestão e Planejamento, Salvador, 12* (2), 136-151
- Lindström, B (2001) . O significado de resiliência. *Adolesc. Latinoam., Apr. 2001*,2,(3), p.133-137. ISSN 1414-7130.
- Lindström, B (1998). Salutogenesis and Antonovsky in the post modern aiderearea. In: Kumlin T, ed. Sense of coherence, theory, empirical evidence and critique. Stockholm: *The Swedish Research Council, Report 9*: 15-20.
- Lipp, L.; Perini, R.; Bussoletto, G.; Lipp, M. (2012). Análise das mudanças de fatores de risco na natureza biológica em função do treino psicológico de controle do stress. *Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa : Placebo Editora.
- Lussac, R (2008). Psicomotricidade: história, desenvolvimento, conceitos, definições e intervenção profissional. *Lecturas: Educación Física y Deportes, Buenos Aires, 13*, 126.
- Lussier, I.; Derevensky, J.; Gupta, R.; Bervengin, T.; Ellenbogen, S. (2007) . Youth Gambling behaviors: an examination of the role of resilience. *Psychol Addict Behav*, 21(2):165-73.
- Luthar, S.; Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 71, 3: 543-562
- .

- Luthar, S.(1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 34 (4), 441-453.
- Machado, M.(2011). *O brincar no contexto do adoecimento infantil: um recurso de aprendizagem da resiliência para o fortalecimento da criança frente à doença e frente à vida*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Bahia: Salvador.
- Maia,M; Garcia, I. (2003). É sempre bom lembrar que um copo vazio está cheio de ar: resiliência e o pensamento winnicottiano. *Universitas: Ciências da Saúde*, 1 (2), ISSN 1678-5398 (impresso) - ISSN 1981-9730 (on-line)
- Manciaux, M.(2003). *La resiliência: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa
- Manciaux, M. (2001). *La résilience: résister et se construire*. Genebra: Cahiers médico-sociaux.
- Mangham, C.; McGrath, P.; Reid, G. & Stewart, M.(1995a). *Resiliency: Relevance to health promotion discussion paper*. Retrieved May 14, 2003 from [http://www.hcsc.gc.ca/hppb/alcohol- otherdrugs/pube/resilney/discus.htm](http://www.hcsc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilney/discus.htm).
- Mangham C, McGrath P, Reid G & Stewart M. (1995b). *Resiliency: Relevance to Health Promotion Detailed analysis*. Dalhousie University: Atlantic Health Promotion Research Center Publishers.
- Marcelli, D. (1996). *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson.
- Marriel, L.; Assis, S.; Avanci, J.; Oliveira, R. (2006). Violência escolar e autoestima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 36 (127),. 35-50.
- Martineau, S. (1999). *Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”*. Tese de Doutorado, The University of British Columbia.

- Maslach C, Schaufeli, W, Leiter M. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238
- Masten, A.; Hubbard, J.; Gest, S.; Tellegen, A.; Garmezy, N. & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11: 143-169
- Masten, A. & Coastworth, J. (1998). The Development of Competence in favourable and Unfavourable Environments. *American Psychologist*, 53 (2), 205-220
- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. Em Lahey. B. B.& Kazdin, A. E. *Advances in clinical child psychology* 8 (.1-52) New York: Plenum Press.
- Matos, D.; Cruz, J.; Almeida, L. (2011). Excelência no desporto: Para uma compreensão a “arquitectura” psicológica dos atletas de elite. *Motricidade*, 7 (4) , 27-41
- Matos, M. & Spence, S. (2005). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In : M. G. de Matos (Org.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola (pp.41-49)*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Mazon, V.; Carlotto, M.; Câmara, S. (2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*.60(1), 55-65.
- McCubbin, H.; Thompson A. & McCubbin, M. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation* . Madison: University of Wisconsin Publishers.

- McCubbin, H. & McCubbin, M. (1988). *Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity*. *Family Relations*, 37, 247-254.
- Mello, A, (1989). *Psicomotricidade, Educação Física e Jogos Infantis*. 6 ed. São Paulo: Ibrasa. ISBN 85-348-0110-x
- Merrell, K.; Whitcomb, S. & Parisi, D. (2009). *Strong Start Pre K: A social and emotional learning curriculum*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Merrell, K.; Parisi, D. & Whitcomb, S. (2007). *Strong Start- Grade K 2: A social and emotional learning curriculum*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Merrell, K. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales, Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED
- Metzker, C. (2011). *O fisioterapeuta e o stress no trabalho: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado. Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo.
- Miranda, S. (2008). *A construção da autoestima na sala de aula: comunicação e metacomunicação nas interações professor- aluno*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília: Brasília.
- Miranda, M. (2005). *Conceitos centrais da teoria de Vygotsky e a prática pedagógica*. *Ensino em Re-Vista*, 13(1), 7-28, jul.04/jul.05
- Molina, R.; Del Prette, A. (2007). Mudança no status sociométrico negativo de alunos com dificuldades de aprendizagem. *Psicologia escolar e educacional*. [online]. 11 (2) 299-310. ISSN 1413-8557.

- Monteiro, K. ; Lage, A. (2007). *A depressão na adolescência. Psicologia em estudo. [online]. 12 (2) 257-265. ISSN 1413-7372.*
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200006>.
- Morais, J. (1997). *A Arte de Ler - Psicologia Cognitiva da Leitura*. Lisboa: Edições Cosmos
- Moro, M. (2000). A epistemologia genética e a interação social de crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica. [online]. 2000, vol.13, (2) [cited 2011-05-19], pp. 295-310.*
 Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000200009
 ISSN 0102-7972. doi: 10.1590/S0102-79722000000200009.
- Motta L, Aguiar, A. (2007). New professional competences in the field of health and the aging Brazilian population: integrality, interdisciplinarity, intersectoriality. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12: 363-372.
- Mrazek, P & Haggerty, R. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Mugny, G.; Doise, W. (1983). *Le marquage social dans le développement cognitif*. Cahiers de Psychologie Cognitive, 3 (1), 89-106.
- Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenko, M.; Ojeda, E.; Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Murta, A. et al (2011). Cognição, Motricidade, Autocuidados, Linguagem e Socialização no desenvolvimento de crianças de creche. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21,(2), 220-229

- Murta, S. (2007). Programas de Prevenção a Problemas Emocionais e Comportamentais em Crianças e Adolescentes: Lições de Três Décadas de Pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 1-8.
- Myers, D. (1999). *Introdução à Psicologia Geral*. 5. ed. São Paulo: LTC.
- Navegantes, A.; Neponuceno, J. ; Jesus, J. (2012). A Síndrome de Burnout e seus reflexos na enfermagem. *Psicopedagogia on line*.
- Neblett Júnior, Philip, C.; Cogburn, C.; Sellers, R. (2006). African American Adolescents' Discrimination Experiences and Academic Achievement: Racial Socialization as a Cultural Compensatory and Protective Factor. In *Journal of Black Psychology*, 32, (2) 199-218.
- Negrine, A. (1987). *A coordenação psicomotora e suas implicações*. [s.i.] Porto Alegre: Palloti.
- Negrine, A (1983). *Educação Psicomotora: a lateralidade e a orientação espacial*. [s.i.] Porto Alegre: Palloti.
- Neves, A. (2007). *A construção curricular da educação física no 1º ciclo do ensino básico: conhecimento e percepções dos professores*. Tese de Doutorado. Universidade de Aveiro: Aveiro.
- Neves, M. (2008). *Promoção de competências de coping em alunos do 3º ciclo : um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Newcomb, M.; Maddahian, E. & Bentler, P. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health* 76(5):525-531

- Noronha et al. (2009). Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, (2), 497-506.
- Nunes, M.; e Noronha, A. (2009). Auto-eficácia para atividades ocupacionais e interesses profissionais em estudantes do ensino médio. *Psicologia: ciência e profissão*. [online], 29, (1), pp. 102-115. ISSN 1414-9893.
- O'dwyer, G.; Tavares, M.; DE SETA, M.(2007). The challenge of rendering sanitary surveillance actions operational in health promotion and in the family health locus. *Interface, Comunicação , Saúde e Educação* 11,(23),467-84, set/dez 2007
- Oliveira, M et al (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia: ciência e profissão*. [online].28, (4). pp. 754-767. ISSN 1414-9893.
- Oliveira, J. (2008). *A motivação ética no processo de ensino/aprendizagem na formação de professores do ensino fundamental*. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação Rio de Janeiro: UFRJ.
- Oliveira, G. (2008). *Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico*. Rio de Janeiro: Editora Vozes
- Oliveira, E. (2006). Delimitando o conceito de stress. *Revista de Ciências Biológicas e Saúde, volume 1* (1).
- Oliveira, E. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância*. Teoria e prática. Aval. *Psicol.* 2005;4(1): 91-3
- Oliveira, L.; Pereira, A. & Santiago, R. (2004). *A formação em Metodologias de Investigação em Educação*. In L. Oliveira, A. Pereira & R. Santiago (orgs.). *Investigação em Educação. Abordagens Conceptuais e Práticas* (pp.13-37). Coleção CIDInE. Porto: Porto Editora.

- Oliveira, S. (2001). Reinventando o esporte: possibilidades da prática pedagógica. Campinas: Autores Associados. BETTI, Mauro. *Educação Física e Sociedade*. São Paulo: Editora Movimento
- Pacher, L. (2003). Lateralidade e Educação Física. *Revista Leonardo Pó*s. 1(3), Agosto – Dezembro, 2003.
- Pacheco, L.& Sisto, F. (2003). Aprendizagem por interação e traços de personalidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1), 69-76.
- Pain, S. (1986). *Estructuras inconscientes del pensamiento- (La función de la ignorância II)*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Paiva, F; Rodrigues, M. (2008). Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. Life skills: a preventive strategy against the consumption of psychoactive substances in the school context. *Estudos e pesquisas em psicologia*. [online], 8, (3). ISSN 1808-4281.
- Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, 24, (2), 123–132.
- Parkes, K. (1994). Personality and coping as moderator of work stress process: Models, methods and measures. *Work & Stress*, 8, 110-129.
- Peçanha, D. (2007). Oficinas literárias com crianças em risco psicossocial. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, XXVII, (1), 83-94.
- Pereira, A., Gomes, R.. (2012). Avaliação de competências pedagógicas dos educadores e o stresse na infância. In *INFAD: Revista de Psicologia. Infancia y Adolescencia em un mundo en crisis y cambio*. 1(1), 29-36. [ISSN: 0214-9877]
- Pereira, A.(2011). Psicologia, Saúde e Espiritualidade. *Livro de Atas do II Congresso*

Internacional: Interfaces da Psicologia – Qualidade de Vida...Vidas de qualidade.
(pp. 7-15) ISBN: 978-989-8339-12-6

Pereira, A., Gomes, R. & Abrantes, N. (2010a). Psychosocial E-Learning Environment in Portuguese Higher Education by DELES. In M. H. Pedrosa-de-Jesus, C. Evans, Z. Charlesworth & E. Cools (Eds.). *ELSIN XV: exploring styles to enhance learning and teaching in diverse contexts* (363-367). Aveiro: Universidade de Aveiro. [ISBN - 978-972-789-312-6]

Pereira, A., Chaves, C., Coutinho, E., Jesus, E., Vagos, P., Ribeiro, L., Pinto, A., Correia, A. & Gonçalves, D. (2010b). Lidar com a percepção da morte: um estudo comparativo entre idades e género. In Isabel Leal, J. Pais Ribeiro, Marta Marques & Filipa Pimenta (Eds.). *Atas 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde* (117-120). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pereira, A., Vagos, P., Chaves, C., Carrinho, P., Gomes, R., Andreucci, L., Ferraz, L. & Oliveira, P. (2009). Stresse do Aluno: um Estudo Comparativo entre Portugal e Brasil. In Saul N. Jesus, Isabel Leal & Manuel Rezende (Eds.). *Experiência e Intervenções em Psicologia da Saúde – Atas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (829-839). Universidade do Algarve: Faro. [ISBN: 978-972-9341-79-31]

Pereira, A., Gomes, R.; Francisco, C. ; Jardim, J.; Motta, E.; Pinto, C; Bernardino, O., Melo, J., Ferreira, J.; Rodrigues, M. J.; Pereira, P. (2008). Desenvolvimento de competências pessoais e sociais como estratégia de apoio à transição no ensino superior. In *INFAD: Revista de Psicologia, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (1), 419 -426. [ISSN:0214-9877]

Pereira, A. (2006a). Aconselhamento psicológico no ensino superior. In Maria Simões, Maria Machado, Maria Dias & Luiza Lima (Eds.). *Psicologia do desenvolvimento: temas de investigação* (159-183). Coimbra: Edições Almedina.

- Pereira, A. (2006b). Stresse e Doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na Última Década. In: Isabel Leal (Coord.). *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, A. (2005a). *Para obter sucesso na vida académica: apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A.; Vaz, A. ; Medeiros, J; Lopes, P.; Melo, A.; Pereira, A.; Costa, A.; Motta, E.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Ferreira, J.; Rodrigues, M. & Mendes, R. (2005b). Retrospectiva da Investigação do GAP-SASUC sobre Stresse e Ansiedade. In A. Pereira & E. Motta (Eds.). *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Atas do Congresso Nacional* (339-350). Coimbra: SASUC Edições.
- Pereira, A. ; Decq Motta, E.; Pinto, C.; Melo, A.; Bernardino, O.; Lopes, P.; Ferreira, J.; Mendes, R. & Vaz, A. (2004a). Aplicação de um programa de controlo do stresse e ansiedade na Universidade. In Ribeiro, J. & Leal, I. (Eds.). *Atas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (127-132). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISPA edições.
- Pereira, A.; Vaz, A.; Medeiros, J.; Lopes, P.; Melo, A.;v Ataíde, R.; Pinto, C. ; Motta, E.; Bernardino, O ; Mendes, R. & Ferreira, J. (2004b). Características Psicométricas do Inventário do Stresse em Estudantes Universitários – Estudo Exploratório. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos – Volume X* (326-329). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Pereira, A. (2001) – Resiliência, Personalidade, Stress e Estratégias de Coping. In José Tavares (Org.) *Resiliência e Educação*, 77-84. São Paulo: Cortez Editora.

- Pereira, A. (1999). Resiliência e Estratégias de Coping no Encontro do Terceiro Milénio. In IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (Org.), *Investigar e Formar em Educação* (Vol. 1, 373-378). Aveiro.
- Pereira, A. (1997). Stress e Coping no Aluno Universitário. In VI *Seminário – A Componente de Psicologia na Formação de Professores e Outros Agentes Educativos* (219-236). Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, A. (1991). *Coping, Auto-conceito e Ansiedade Social: Sua Relação com o Rendimento Escolar*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra
- Peres, R.; Santos, M. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia.: Teoria e Pesquisa*, 25 (4) , 611-620. ISSN 0102-3772
- Piaget, J. (1979). *A construção do real na criança*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J. (1976). *A equilibração das estruturas cognitivas: Problema central do desenvolvimento* (M. M. dos S. Penna, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1975)
- Piaget, J. (1977). *Psicologia da inteligência* (N. C. Caixeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1947).
- Piaget, J. (1975). *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J (1999). *Seis Estudos de Psicologia*. tradução Maria Alice Magalhães D’Amorim e Paulo Sérgio Lima Silva. 23ª edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária,
- Piaget, J, (1982) *O Nascimento da Inteligência na Criança*, 4ª edição, Rio de Janeiro: Zahar.

Piaget, J; Inhelder, B. (1981). *La Psicología del niño*. Madrid: Morata.

Pinheiro D. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo*. [periódico na Internet] 2004 [acesso 2005 ago 05];9(1). Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100009&lng=en&nrm=isso)
[php?script=sci_arttext&pid=S1413-7372200400010000 9&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100009&lng=en&nrm=isso)

Pinho, A. ; Cró, M. & Andreucci, L. (2011). The high-scope curriculum model in the early childhood education context. *International Conference on Education and New Learning Technologies (EDULEARN)*. Barcelona: IATED, 2050-2057.

Pinto, A. (2011). *Avaliação de um programa de promoção de competências sócio-emocionais: análise de processo dos incidentes críticos negativos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia: Lisboa.

Pires, D. (2006). *Validação do Questionário de Burnout para atletas*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Judas Tadeu: São Paulo

Positive Psychology Center, University of Pensilvânia, Resilience Research in Children, consultado em 9 de Setembro de 2008, <http://www.ppc.sas.upenn.edu/prpsum.htm>

Pinto, K. (2008). A psicomotricidade na educação infantil. In: Ferreira, C.; Heinsius, A.; Barros, D. (Org.). *Psicomotricidade Escolar* (.97-113). Rio de Janeiro: WAK Editora.

Poletto M.; Koller, S.(2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*; 25:51-66.

Raimundo, R.; Pinto, M.(2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia [online]*. 24, 09-19. ISSN 1413-0394.

- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. Em J. Tavares Org.). *Resiliência e educação* (95-114). São Paulo: Cortez.
- Ramirez, D.; Cruz, R. (2009). Conflito escolar: Vulnerabilidade e Desenvolvimento de Habilidades Sociais. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 2, 79-95
ISSN: 1989-244
- Regalla, M.; Guilherme, P e Serra-Pinheiro (2007). Resiliência e transtorno do deficit de atenção/hiperatividade. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. [online]. 56, (1). [cited 2012-01-17], pp. 45-49 . Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0047-2085.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000500010>.
- Reinas, F. (2011). *Avaliação de um programa de promoção de competências sócio-emocionais: análise de processo dos incidentes críticos negativos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Reis, K. et al. (2011). HAMMERSMITH: uma alternativa no processamento de biópsias osteomédulares. *Atas do Congresso Técnico de Anatomia Patológica*. Associação Portuguesa de Técnicos de Anatomia Patológica: Espinho
- Resende, M.; Santos, F.; Souza, M.; Marques, T. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, 19,(2),.87 – 99.
- Ribeiro, C; Melo, L.; Ribeiro, J.(2011). O Estresse do Graduando de Enfermagem no Âmbito da Universidade. *Neurobiologia*, 74 (2) abr./jun.,59-74.
- Ribeiro, A. (2008). *Projeto de promoção da autonomia de crianças e jovens em acolhimento residencial*. Lisboa: ISCTE, 2008. Dissertação de mestrado.

- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment. *American Journal of Community Psychology* 21: 279-292.
- Rocha, A.; **Andreucci, L.**; .Pereira, A.;, A. Lopes. A.; Almiro.. F.;, . Vitória, P. ; Andrade. R.; Rodrigues, A.; Santos,S. (2012). A resilience study: promotion of scholar sucess in disadvantaged portuguese children. *26th EHPS Conference, Praga*. A aguardar publicação.
- Rocha, A. (2008). *A relação de ajuda no ensino de enfermagem*. Tese de Doutorado. Universidade de Aveiro: Aveiro.
- Rodrigues,O.; Bolsoni- Silva, A.(2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano. [online]*. vol.21, n.1 [citado 2012-10-09], 111-121 . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1282.
- Rodrigues, M.; Pereira, A. ; Barroso, T.; Mendes, A. & Pinto, J. (2005). Do Projeto de Desenvolvimento Pessoal à Construção do Projecto Profissional. In A.S. Pereira & E.D. Motta (Eds.). *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Ação. Atas do Congresso Nacional* (403-413). Coimbra: SASUC
- Roncato, L. (2007). *Fontes de stress ocupacional, coping e resiliência em psicólogas clínicas no ambiente de consultório*. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e da Saúde. Universidade. Católica de Goiás: Goiânia.
- Rosa Neto, F. (2002). *Manual de Avaliação Motora*. Porto Alegre: Artmed

- Rudolph, K; Denning, M. & Weisz, J. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357
- Rudow, B. (1999). Stress and burnout in the teaching profession: European studies, issues, and research perspectives. In: Vanderbergue, R.; Huberman, A. (Orgs.). *Understanding and preventing teacher Burnout: a source book of international practice and research*. Cambridge: Cambridge University Press, 38-58.
- Rutter, M. (1999) Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144
- Rutter, M. (1993) Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, (3), 316-331.
- Rutter, M. (1985) Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M.; Maughan, B. Mortimore, P. & Ouston, J. (1980). *Fifteen Thousand Hours*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Ryan-Wenger, N. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263.
- Schenker, M. & Minayo, M. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3), 707-717
- Selye, H. (1959). *Estresse, a tensão da vida*. 1. ed. São Paulo: Ibrasa - Instituição

Brasileira de Difusão Cultural.

Selye H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.

Sereno, N. (2011). *Resiliência e adolescência: estudo da relação entre fatores de resiliência e a qualidade de vida em adolescentes com deficiência motora*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Sidman, M. (1986). Functional analysis of emergent verbal classes. In T. Thompson & M. P. Zeiler (Eds.). *Analysis and integration of behavior units* (p. 213-245). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Silva, G. (2009). A experiência do trabalho pedagógico na área social. *Revista do Curso de Letras do Câmpus do Pantanal – UFMS, Corumbá, MS, 1*, 154.

Silva, D. (2005). *Psicomotricidade*.- Curitiba: IESDE (Inteligência Educacional e Sistemas de Ensino).

Silva Jr., J. (1972). *Resistência dos materiais*. São Paulo: Ao Livro Técnico.

Silveira, D. & Mahfoud, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25 (4), 567-576.

Silvestre, I. (2009). *Avaliação Acústico-Perceptiva e Stress em Mulheres com Patologia Laríngea*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro

Simões, C. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Siqueira, A.; Dell’Aglia, D. (2007). Retornando para a Família de Origem: Fatores de

risco e proteção no Processo de Reinserção de uma Adolescente Institucionalizada. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. [online]. vol.17, n.3, 134-146. ISSN 0104-1282.

Siqueira, A.; Dell’Aglío (2006). O impacto da institucionalização na Infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*. 18 (1): 71-80.

Smiles, S. (1880). *Ajuda-te (Self-Help)*. Rio de Janeiro: F. Briguiet & Cia.

Sommers, D.; McGregor, G.; Lesh, E., & Reed, S. (1980). A rapid method for describing the efficacy of early intervention programs for developmentally disabled children. *Mental Retardation*, 18, 275-278.

Sousa, C. (2008). Competência educativa: o papel da educação para a resiliência. *Revista “Educação Especial”* 31, 09-24. Santa Maria. Disponível em: <http://www.ufsm.br/ce/revista>

Sousa, C. (2006). Ativação da aprendizagem no Aluno. *Revista Educação*, Dossier temático: Ensino e Educação de Professores, in ENGERS, M.E. [Eds]. Brasil, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Educação*, Capa, V. 29, Nº 3.

Sousa, C. (1998). Desenvolvimento Cognitivo e Aprendizagem: Implicações no Modelo de Ativação do Desenvolvimento Psicológico. In: Leandro S. Almeida e José Tavares (org.). *Conhecer, Aprender, Avaliar*. Porto: Porto Editora, 75-109.

Souza, M.; e Cervený, C. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Interamerican Journal of Psychology*, 40,(1) 115-122. ISSN 0034-9690.

Standards Site, Department for Children, Schools and Families, consultado em 10 de Setembro de 2008.

<http://www.standards.dfes.gov.uk/primary/publications/banda/seal/>

Strong Kids Website, ORP, University of Oregon, consultado em 10 de Setembro de 2008 <http://strongkids.uoregon.edu/>

Tamayo, M. & Trócoli, B. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46

Tavares, J.; Pereira, A.; Gomes, A.; Monteiro, S.; Gomes, A. (2011). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora. Coleção: Nova CIDInE. ISBN: 978-972-0-34571-4.

Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In: J. Tavares. (Org.) *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez Editora.

Tavares, J. (1998). Construção do Conhecimento e Aprendizagem. In: L. S. Almeida e J. Tavares (Orgs). *Conhecer, Aprender, Avaliar*. Porto: Porto Editora, pp. 11-29.

Tavares, J. (1997). A Formação como Construção do Conhecimento Científico e Pedagógico. In: Idália Sá-Chaves (org.). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, pp. 59-73.

Tavares, J.; Alarcão, I. (1992). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina

Tavolaro, P. et al. (2007) Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros. *Revista Saúde Pública*, v. 41, 307-312.

Terry, D. (1994). Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.

- Tesser, C. (2009). Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25 (8):1732-1742.
- The Devereux Early Childhood Initiative, consultado em 10 de Setembro de 2008. http://www.devereux.org/site/PageServer?pagename=deci_index
- Thorton, P. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126, 261-271
- Tobler, N.; Roona, M.; Ochshorn, P.; Marshall, D; Streke, A. & Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–337.
- Torrezan C, (2007). *A investigação da dominância lateral de crianças entre 7 a 16 anos de ambos os sexos em processo de reeducação psicomotora do Centro de Reabilitação Física Dom Bosco*.
- Trigueiro, T. (2011). *O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições para o cuidar em enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná : Curitiba
- Turmina, A. (2009). Literatura de autoajuda: um olhar sobre as relações de trabalho. *Contrapontos*, 9, (3), 94 – 109.
- Tyler, F. (1984). El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos como ejemplos de psicología comunitaria. *Revista Latino-Americana de Psicología*, 16, 77-92.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration. (2002). SAMHSA model programs: *Model prevention programs*

supporting academic achievement. Retrieved January 23, 2003, from
<http://modelprograms.samsha.gov>

Vanbersy, F. (1989). *Contribution à l'Activation du Processus de la Construction du Nombre*. Lovaine: Université Catholique.

Vargas de Dufeu, M. (1988). *L'Examen de l' Apport de la Méthodologie Piagétienne à l' Action Pédagogique comme Fondement de la Formation des Enseignants au Venezuela*. Lovaine: Université Catholique.

Vergara, O. (2011). Por uma educação de qualidade. *Pátio Revista Pedagógica On-line*, Porto Alegre. Janeiro, 2011
Disponível em: <http://www.revistapatio.com.br/index.aspx> 19.05.2011

Vieira, J. (2009) *Estresse no trabalho um desafio na contemporaneidade: um estudo bibliográfico*. Monografia de conclusão de curso. Bahia: Feira de Santana

Vivan, A.; Argimon, I.(2009) . Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 25 (2) 436-444. ISSN 0102-311X.

Vygotsky, L (1996). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L.(1983). La psicologia i la teoria della localizzazones,dellefunzioni psichiques. In, L. S. Vygotsky, *Antologia di Scriti a Caro di Luciano Mecacci*.Bologna: Il Mulino

Wallerstein, J. & Kelly, J. (1998). *Sobrevivendo à separação*. (M. A. V. Veronese. Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1996)

- Wallon, H (1981). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa, Editorial Setenta
- Wallon, H.(1979). *Psicologia e educação da criança*. Lisboa: Editorial Veja
- Wallon, H (1980). *Psicologia del niño: una comprensión dialéctica del desarrollo infantil*. Madrid : Pablo del Rio.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: *Crisis and challenge*. *Family Process*, 35 (Suppl. 3), 261-281.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Wang, M. & Reynolds, M. C. (Eds.) (1995). *Making a difference for students at risk: Trends and alternatives*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Weissberg, E.; Bar-On, R.; Maree, K; Elias, M. (2007). *School – Family Partnerships to Enhance Chikdren`s Social, Emotional and Academic Learning. Educating People to be Emotionally Inteligent*. Bar-On, R.; Maree, K; Elias, M. Praeger Publishers
- Werner, E.; Smith, R.(2001). *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery*. London: Cornell University.
- Whitehurst, G. (2003, October). *Evidence-based safe and drug-free schools programs. Keynote address at Office of Safe and Drug-Free Schools National Conference, Washington, DC*.
- Widlöcher, D. (1998). *L'interprétation des dessins d'enfants*. France: Pierre Mardaga éditeur.
- Williams, L.; Aiello, A. (2009). *O inventário Portage operacionalizado: Intervenção com Famílias*, São Paulo: Memnon Editora

- Wilson, D.; Gottfredson, D. & Najaka, S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247–272.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Woyciekoski, C, Hultz, C. (2009). Inteligência Emocional: Teoria, Pesquisa, Medida, Aplicações e Controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 1-11.
- Yassuda, M.; Lasca, V.; Neri, A. (2005). Meta-memória e autoeficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 78-90.
- Yunes, M. (2003). Psicologia positiva e resiliência. O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, p. 75-84, Maringá.
- Yunes, M & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J.Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez Editora.
- Yunes, M. (2001) *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Yunes, M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. Em: Tavares J. (Org.) *Resiliência e Educação*. (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zautra, A. & Wrabetz, A. (1991). Coping success and its relationship to psychological distress for older adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 801-810.

- Zigler, E. & Trickett, P. K. (1978). IQ, social competence, and evaluation of early childhood intervention programs. *American Psychologist*, 33, 789-798.
- Zimmerman, M. & Arunkumar, R. (1994) .Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8 (4), 1-18.
- Zins, J.; Elias, M. (2007). Social and Emotional Learning: Promoting the Development of Education in All Students. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17,(2- 3), 233-255
- Zins, J.; Bloodworth, M.; Weissberg, R ; Walberg, H. (2004). *The Scientific Base Linking Social and Emotional Learning to School Success. Building Academic Success on Social and Emotional Learning: What Does the Research Say*. Teachers College: Columbia University
- Zins, J.; Walberg, H. & Weissberg, R. (2004). Getting to the heart of school reform: Social and emotional learning for school success. *NASP Communiqué*, 33(3), 35.
- Zins, J.; Weissberg, R.;Wang, M. & Walberg, H. (Eds.). (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers College Press.
- Zins, J.; Elias, M. & Greenberg, M.T. (2003). Facilitating success in school and in life through social and emotional learning. *Perspectives in Education*, 21, 59–60.

Anexos

Anexo 1 – Carta de Solicitação de tradução e uso dos Instrumentos

Aveiro, February, 12th, 2008

Dear Doctor Kenneth Merrell,

I am a PhD student at the University of Aveiro, in Portugal.

At the present moment, I am developing a research project supervised by Professor Anabela Pereira under the theme “ Psychomotricity and Resilience: A Comparative Study Between Brazilian and Portuguese Children” which aims to evaluate Brazilian and Portuguese children that lives with adversity.

Relating to this research project, I would like to ask your permission to translate to the Portuguese language for both countries (Brazil and Portugal) and use for research proposes only, your assessments instruments, SEARS- A, SEARS-C, SEARS-P, SEARS-T and WeBest, and the Strong Kids Programs to K-2. Strong Kids 3- 8 and Strong Teens 9-12 and the Unit Strong Kids and Strong Teens Unit Tests.

The aims will be to do transcultural study.

The translation process should be finished within a year, and a copy of the Portuguese version of the instruments will be sent to you as soon as possible. Also, we compromise ourselves to provide you with ongoing feedback regarding the results obtained with this instrument in our research.

Thank you so much for your attention.

I look forward to hearing from you soon.

Yours sincerely

Lívia Christina Andreucci
Pereira (PhD)

landreucci@ua.pt

Anabela Sousa

anabelapereira@ua.pt

The Research Team:

Lívia Christina Andreucci and Anabela Pereira (supervisor)

Departamento de Ciências da Educação

Campus Universitário de Santiago

Universidade de Aveiro

3810-193 Aveiro

Phone Number (+351) 234 370 353

Fax Number (+351) 234 370 640

Anexo 2 – Resposta Dr. Kenneth Merrell

----- Forwarded message -----

From: **Ken Merrell** <kmerrell@uoregon.edu>
Date: 2008/2/12
Subject: Re: Permission to assessment's instruments
To: Livia Christina <liviachristina2005@gmail.com>

Thank you for the letter. You have my complete permission and cooperation to proceed with the Portuguese translation of the SEARS as you described and within the parameters I expressed previously (that the translation is to be used strictly for your own research purposes). I wish you the best in your project, and look forward to receiving a copy of the final translation version.

--

Ken Merrell, Ph.D.
Professor and Co-Director, School Psychology Program
Head, Department of Special Education and Clinical Sciences
University of Oregon

On Tue, 12 Feb 2008 13:20:34 +0000, "Livia Christina" <liviachristina2005@gmail.com> wrote:

>
> Professor ..

> I sent you some emails before, asking for SEARS instruments and Resiliene Programs.

> Now I sent you this email and a letter, by mail asking permission to translate to portuguese your assessments and programs, signed by myself and by my supervisor..
> Thanks for your attention

> Ms Livia C Andreucci

> Ph D Student - University of Aveiro
> Portugal

Lívia

2008/2/12 Ken Merrell <kmerrell@uoregon.edu>

Yes, I should have made my response more clear the first time. You absolutely have my consent for you to translate the SEARS, Strong Kids, Strong Start, and Strong Teens materials for purposes of your own research. I look forward to hearing of your success and receiving copies of the translated materials by email.

Ken Merrell, Ph.D.
Professor and Co-Director, School Psychology Program
Head, Department of Special Education and Clinical Sciences
University of Oregon

On Tue, 12 Feb 2008 21:01:40 +0000, "Livia Christina" <liviachristina2005@gmail.com> wrote:

>
> Dr Ken Merrell

> Sorry for more this email.

> Can I translate also the Strong Start curriculum and evaluation assessments ?

> Can I use them with brazilian and portuguese children in my research? I have kids from 3 years old untill almost 17 years old that I study in my research.

> Thanks again for your attention

> Ms. Livia C Andreucci

Anexo 3 – Solicitação de uso do Programa Strong Start e Webest em Portugal



Departamento de Ciências da Educação

Exmas Alunas
Escola Superior de Saúde de Viseu
Ana Cristina Ferreira
Liliana Loureiro
Patrícia Oliveira
Tânia Pereira

C/C Prof. Amarilis Pereira Rocha

Agradecemos todo o interesse por vós demonstrado pela temática que temos vindo a trabalhar, resiliência, particularmente pelo programa de intervenção que temos vindo a desenvolver. De acordo com o vosso pedido teremos todo o gosto em autorizar para o vosso estudo a aplicação do seguinte material:

-Programa Strong Start Pre-K para crianças

-Questionário WeBest para crianças

Colocamo-nos à vossa disposição para qualquer informação complementar que necessitem sobre o referido material de investigação.


Votos de maior sucesso para o vosso trabalho

P'las investigadoras

Doutora Anabela Maria Sousa, Pereira
(Prof. Auxiliar c/agregação, Universidade Aveiro)

Mestre Livia Christina Andreucci
(Doutoranda, DCE, Universidade de Aveiro)

Anexo 4 – Solicitação de implementação do Programa Strong Start Pre K e do WeBest em Portugal - Vouzela



Dr. João Cristóvão Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Tel. 232 419 100
Telex. 951 011 800
Fax 232 428 343

S. R.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Agrupamento de Escolas de Vouzela
Pré-Escola
Bairro da Senra
3670-257 Vouzela

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	327
Processo:	70
Data:	08/04/2008

Assunto: AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DE 6 SESSÕES E QUESTIONÁRIOS

No âmbito da unidade curricular de Monografia, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e as alunas do 4º ano - 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Ana Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira e Tânia Pereira, a realizar uma investigação-ação, cujo tema é "Resiliência nas crianças dos 3 aos 5 anos".

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª autorização para trabalhar com as crianças dos 3 aos 5 anos de idade, no Jardim de Infância de Queirã durante o período de 14/4 a 09/05/2008.


Este projecto consta da aplicação de um questionário no início e no final e ainda do desenvolvimento de 6 sessões de promoção da Resiliência nas crianças. Estas sessões terão a duração de cerca de 1 hora cada, em dias que serão previamente programados com os responsáveis locais.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se conduzam com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Amarilis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

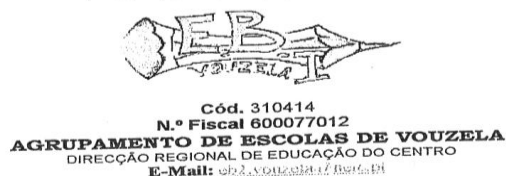
Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente do Conselho Directivo


Amarilis Rocha
(Professora-Coordenadora)

Site: <http://www.esesf.viseu.pt> • E-mail Geral: esesf@viseu.pt • E-mail Telepac: esesf@viseu.pt • E-mail Secretaria: secretaria@esesf.viseu.pt

Anexo 5 - Autorização de implementação do Programa Strong Start Pre K e do WeBest em Portugal - Vouzela



15-4-2008
70 369

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho Directivo da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua Doutor João Cristóvão Gomes de
Almeida
3500 – 843 Viseu

V/Referência: _____ V/Comunicação: _____ N/Ref.: Ofício n.º 357 Data: 11 de Abril de 2008

Assunto: **“Autorização para aplicação de 6 sessões e questionários”**

Em resposta ao ofício n.º327 de 08/04/08 informamos V.ª Ex.ª, que autorizamos as alunas *Ana Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira e Tânia Pereira*, do 11.º Curso de Licenciatura em Enfermagem a realizarem a investigação - acção solicitada, no Jardim de Infância de Queirã, com as crianças dos 3 aos 5 anos, no período de 14/4 a 9/05/2008.

Com os melhores cumprimentos,

P.ª Presidente do Conselho Executivo

Maria Raquel Marques Ferreira
(Maria Raquel Marques Ferreira)


Anexo:

Iniciais: FC/AF


GRUPAMENTO DA SENHORA, 3670 – 257 VOUZELA TEL. 232772046 FAX 232772053/232 771395

Anexo 6 – Solicitação de implementação do Programa Strong Start Pre K e do WeBest em Portugal

Moimenta



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



S. R.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente da AMAI
Associação Moimentense de Apoio à Infância
Dr. António Monteiro
R. Duarte Madeira Arrais, 8
3620-338 Moimenta da Beira

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	328
Data:	08/04/2008
Processo:	70

Assunto: AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DE 6 SESSÕES E QUESTIONÁRIOS

No âmbito da unidade curricular de Monografia, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e as alunas do 4º ano - 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Ana Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira e Tânia Pereira, a realizar uma investigação-acção, cujo tema é “Resiliência nas crianças dos 3 aos 5 anos”.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª autorização para trabalhar com as crianças dos 3 aos 5 anos de idade, no Jardim de Infância da AMAI durante o período de 14/4 a 09/05/2008.

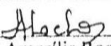
Este projecto consta da aplicação de um questionário no início e no final e ainda do desenvolvimento de 6 sessões de promoção da Resiliência nas crianças. Estas sessões terão a duração de cerca de 1 hora cada, em dias que serão previamente programados com os responsáveis locais.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Amarilis Rocha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente do Conselho Directivo


Amarilis Rocha
(Professora-Coordenadora)

Site <http://www.esenfviseu.pt> • E-mail Geral esenfviseu@mail.telepac.pt • E-mail Secretaria secretaria@esenfviseu.pt

Anexo 7 - Autorização de implementação do Programa Strong Start Pre K e do WeBest em Portugal – Moimenta da Beira

ASSOCIAÇÃO MOIMENTENSE DE APOIO À INFÂNCIA
— DE —
MOIMENTA DA BEIRA
(Aprovado por despacho Ministerial de 24 de Março de 1970)
TELEF. 52292 — 3620 MOIMENTA DA BEIRA

11-4-2008
fo 357

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
RUA D. JOÃO CRISOSTOMO DE ALMEIDA, Nº
3500-843 VISEU

Sua referência: OFº328/procº 70
Sua comunicação de: 08...104...1.2008
Nossa referência: OI. N.º...31/2008
MOIMENTA DA BEIRA, 09/04/2008.

ASSUNTO: AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DE 6 SESSÕES E QUESTIONÁRIOS.

Sobre o assunto em epígrafe, serve o presente, para informar VExa., que a I.A.M.A.I., não só autoriza como disponibiliza dentro do âmbito desta Instituição, necessário, a fim de as vossas alunas se sentirem integradas nesse período de tem

Sem outro assunto de momento, recebei os nossos melhores cumprimentos.

C.D.
Cópia para os
envolvidos no estudo
14.4.2008

A DIRECÇÃO
António Teixeira Marques

Anexo 8 - Solicitação de implementação do Programa Strong Start Pre K e do WeBest no Brasil – Botucatu



EDUCANDÁRIO PROF. EURÍPEDES BARSANULFO
ESCOLA ÚNICA DE EDUCAÇÃO INFANTIL, DOCE E LÚDICA E EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS (EJA) DOCE E LÚDICA
NÚCLEO ASSISTENCIAL "JOANNA DE ÁNGELIS"
CENTRO DE PREPARAÇÃO PARA A VIDA
RUA FLORESTA ANTÔNIO CARLOS, 5011 - JARDIM IPIRANGA
13.624-100 - Botucatu - SP - Fone: (14) 32015-4102
www.nucleojanna.com.br - e-mail: nucleojanna@gmail.com



Botucatu, 05 de agosto de 2008

Prezado Professor

Gilberto Luiz de Azevedo Borges

Venho por meio deste solicitar a V.S. permissão para aplicação do teste WeBeST (*Well Being Screening Toll*), de avaliação da Resiliência a crianças das escolas Creche Berçário Criança Feliz e CEI Ainda Heloísa Ávila. Este teste será aplicado pela Profª Livia Christina Andreucci e Dra. Célia Sperandeo Macedo e consta de 22 questões que faremos individualmente com cada criança (teste em anexo).

Informamos que o teste é da autoria de Livia Christina Andreucci e Anabela M. S. Pereira e é adaptado para a realidade brasileira de acordo com a autorização dos autores americanos para que seja utilizado como instrumento de avaliação da resiliência em crianças brasileiras na Tese de Doutorado da Mestra Livia Christina Andreucci na Universidade de Aveiro, Departamento de Educação. Esta tese é intitulada "Psicomotricidade em crianças brasileiras e portuguesas: um estudo comparativo para a melhoria no ensino-aprendizagem"

Contando com vossa valiosa colaboração, agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição que julgar necessárias.

Atenciosamente,

Livia Christina Andreucci
Núcleo Assistencial "Joanna de Ângelis"

Anexo 9 – Consentimento dos Pais para a realização do Programa de Intervenção e dos Inquéritos no Brasil

Permito que meu filho,, participe do questionário WeBeST (Well-Being Screening Toll), que será realizado pela Mestre Lívia Christina Andreucci e pela Professora Doutora Célia Sperandeo de Macedo, para fins de investigação de Doutorado da primeira.

Nome do responsável

Documento:

Anexo 10 – Livro do Programa Strong Start em Inglês – Capa



Anexos 11 a 13 – Livro do Programa Strong Start em Inglês – Capas internas e índice



**A Social & Emotional
Learning Curriculum**

by

Kenneth W. Merrell, Ph.D.
University of Oregon

Sara A. Whitcomb
University of Oregon

and

Danielle M. Parisi
University of Oregon

· P A U L · H ·
BROOKES
PUBLISHING CO.®

Baltimore • London • Sydney



Paul H. Brookes Publishing Co.
Post Office Box 10624
Baltimore, Maryland 21285-0624

www.brookespublishing.com

Copyright © 2008 by The State of Oregon
acting by and through the State Board of Higher Education
on behalf of the University of Oregon ("University of Oregon").
All rights reserved.

"Paul H. Brookes Publishing Co." is a registered trademark of
Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Strong Kids™ and  are trademarks of
Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

The logo for Strong Kids features a stylized star icon to the left of the words "STRONG KIDS" in a bold, sans-serif font.

Contents

About the Authors	vii
Section I Introduction and Overview	
Chapter 1 About <i>Strong Start Pre-K</i>	3
Chapter 2 An Evidence-Based Program	11
Chapter 3 Preparing Your Lessons and Your Students	13
Chapter 4 Overview of the Lessons	21
Section II The <i>Strong Start Pre-K</i> Curriculum	
Lesson 1 The Feelings Exercise Group	29
Lesson 2 Understanding Your Feelings 1	35
Lesson 3 Understanding Your Feelings 2	48
Lesson 4 When You're Angry	59
Lesson 5 When You're Happy	69
Lesson 6 When You're Worried	77
Lesson 7 Understanding Other People's Feelings	85
Lesson 8 Being a Good Friend	97
Lesson 9 Solving People Problems	105
Lesson 10 Finishing UP!	113
Section III Appendices	
Appendix A <i>Strong Start</i> Booster Lesson 1	123
Appendix B <i>Strong Start</i> Booster Lesson 2	131
Appendix C Recommended <i>Strong Start Pre-K</i> Literature List	135

Anexo 14 – Inquérito WeBeST – Well Being Screening Tool – Original em inglês

Well-Being Screening Tool (WeBeST)

Name: _____ DOB: ____/____/____ Sex: M F
Examiner: _____ Date: ____/____/____
School/Teacher: _____

Directions: *Examiner reads aloud.*

Everybody has different feelings and our feelings change all the time. I am going to read some things to you that you may feel or not feel. When I read the feeling to you, ask yourself “Do I feel like this most days?” I’m not asking you how you feel right now. I’m asking how you feel most days. You may not feel like this, you may kind of feel like this, or you may feel like this a lot. Remember, there are no right or wrong answers. Everyone’s feelings are okay.

Trial 1

Let’s practice: “I like candy.” Ask yourself, “Do I feel like this?” No, kind of, or yes. Remember, it’s how you feel most days / it’s how you usually feel.

No means that most days you don’t like candy, so you would make a mark on the thumbs down
(point to the thumbs down).

Kind of means that sometimes you like candy, so you would make a mark on the pinching fingers
(point to the pinching fingers).

Yes means that most days you like candy, so you would make a mark on the thumbs up
(point to the thumbs up).

Remember to choose only one answer.

Trial 2

Let’s practice one more time: “I feel like talking.” Ask yourself, “Do I feel like this?” No, kind of, or yes? Remember, it’s how you feel most days

(If child is unsure how to respond state the following:)

No means that most days you don’t feel like talking, so you would make a mark on the thumbs down
(point to the thumbs down).

Kind of means that sometimes you feel like talking, so make a mark on the pinching fingers
(point to the pinching fingers).

Yes means that most days you feel like talking, so make a mark on the thumbs up
(point to the thumbs up).

Remember to choose only one answer.

Okay. Do you have any questions? Here’s the first feeling. Turn the page.







Well-Being Screening Tool (WeBeST)





























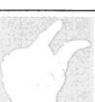




Name: _____ DOB: ____/____/____

Sex: M F


Examiner: _____ Date: ____/____/____

School/Teacher: _____

<i>Do I feel like this?</i>		No	Kind of	Yes
A.	I like candy.			
B.	I feel like talking.			

<i>Do I feel like this?</i>		No	Kind of	Yes
1.	I worry about things.			
2.	I feel lonely.			
3.	I feel like no one cares about me.			
4.	I feel like crying.			
5.	I am good at lots of things.			
6.	I worry that something bad will happen.			
7.	I feel sad.			
8.	I don't feel like playing.			
9.	My tummy hurts.			
10.	I get in trouble.			
11.	It is hard for me to sit still.			













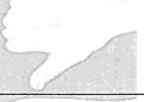





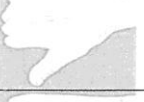








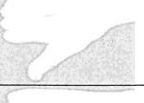





Copyright © 2007, Heywood. All rights reserved.

<i>Do I feel like this?</i>		No	Kind of	Yes
12.	I make friends easily.			
13.	I feel happy.			
14.	I have lots of energy.			
15.	I act silly in class.			
16.	Lots of things scare me.			
17.	Other kids ask me to play.			
18.	I feel angry.			
19.	I have lots of friends.			
20.	I do well in school.			
21.	It is hard for me to use my inside voice.			
22.	I have fun with other people.			


































Copyright © 2007, Heywood. All rights reserved.

Anexo 15 – Inquérito WeBeST – Well Being Screening Tool – versão Portugal

Well-Being Screening Tool (WeBeST)

	Sinto-me assim	Não	Mais ou Menos	Sim
1.	Preocupo-me com as coisas.			
2.	Sinto-me sozinho (a).			
3.	Sinto-me como se ninguém quisesse saber cuidar de mim.			
4.	Sinto-me como se estivesse a chorar.			
5.	Sou bom (boa) em muitas coisas.			
6.	Preocupo-me que coisas ruins irão acontecer			
7.	Sinto-me triste.			
8.	Sinto-me como se não estivesse a brincar.			
9.	Meu estômago dói.			
10.	Eu meto-me em sarilhos.			
11.	É difícil para mim eu permanecer parado.			










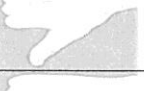























Copyright© Heywood (2007). Todos os direitos reservados. Tradução para português do Brasil e Portugal , 2008, Livia Christina Andreucci e Anabela M S Pereira

	Sinto-me assim	Não	Mais ou Menos	Sim
12.	Faço amigos facilmente.			
13.	Sinto-me feliz.			
14.	Tenho muitas energias.			
15.	Faço parvoíces na classe.			
16.	Muitas coisas assustam-me.			
17.	Outras crianças pedem-me para brincar com elas.			
18.	Sinto raiva.			
19.	Tenho muitos amigos.			
20.	Sinto-me bem na escola.			
21.	É difícil para mim eu usar minha voz interior.			
22.	Divirto-me com as outras pessoas.			


































Copyright© Heywood (2007). Todos os direitos reservados. Tradução para português do Brasil e Portugal , 2008, Livia Christina Andreucci e Anabela M S Pereira

Anexo 16 – Inquérito WeBeST – Well Being Screening Tool – versão Brasil

Well-Being Screening Tool (WeBeST)

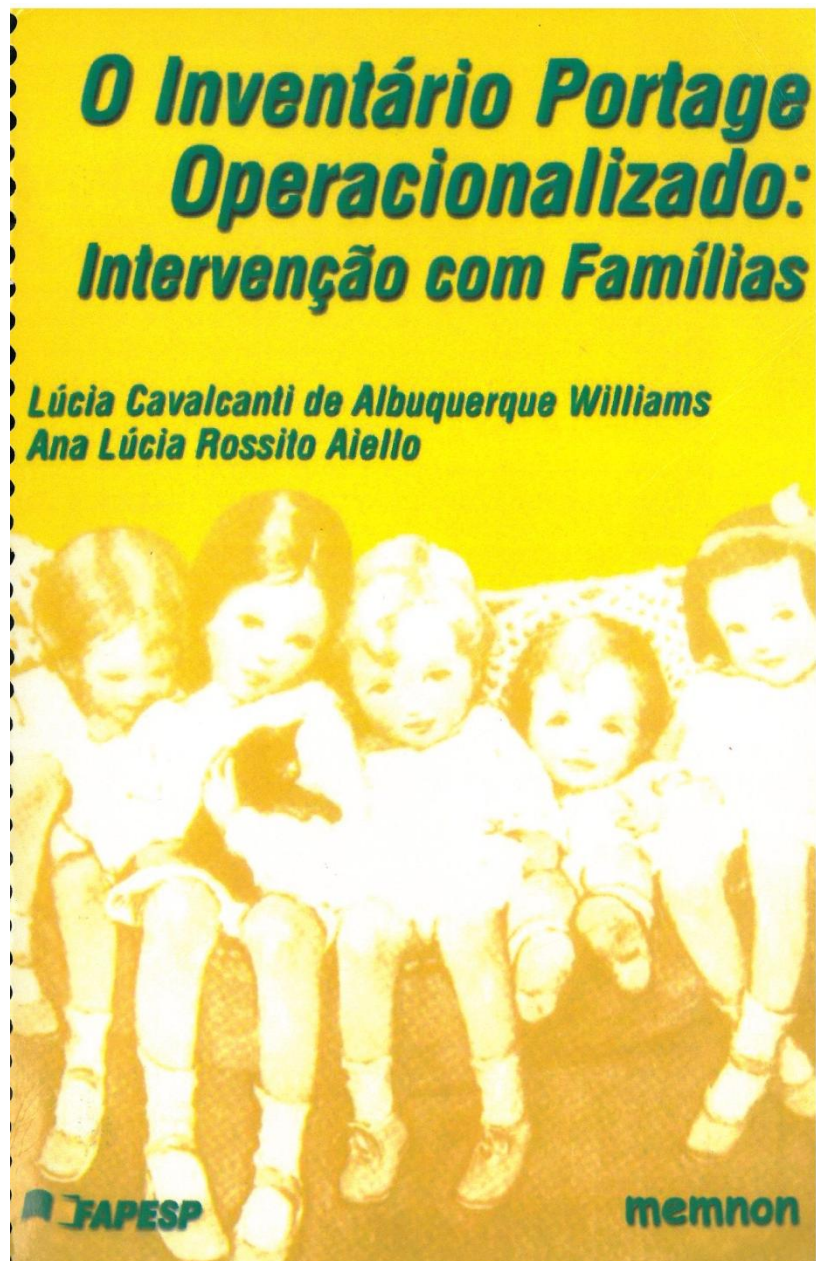
	Sinto-me assim	Não	Mais ou Menos	Sim
1.	Preocupo-me com as coisas.			
2.	Sinto-me sozinho (a).			
3.	Sinto-me como se ninguém quisesse saber cuidar de mim.			
4.	Sinto-me como se estivesse a chorar.			
5.	Sou bom (boa) em muitas coisas.			
6.	Preocupo-me que coisas ruins irão acontecer			
7.	Sinto-me triste.			
8.	Sinto-me como se não estivesse a brincar.			
9.	Meu estômago dói.			
10.	Eu meto-me em problemas.			
11.	É difícil para mim eu permanecer parado.			

Copyright© Heywood (2007). Todos os direitos reservados. Tradução para português do Brasil e Portugal , 2008, Livia Christina Andreucci e Anabela M S Pereira

	Sinto-me assim	Não	Mais ou Menos	Sim
12.	Faço amigos facilmente.			
13.	Sinto-me feliz.			
14.	Tenho muitas energias.			
15.	Ajo como um bobo (a) na classe.			
16.	Muitas coisas assustam-me.			
17.	Outras crianças pedem-me para brincar com elas.			
18.	Sinto raiva.			
19.	Tenho muitos amigos.			
20.	Sinto-me bem na escola.			
21.	É difícil para mim usar minha voz interior.			
22.	Divirto-me com as outras pessoas.			

Copyright© Heywood (2007). Todos os direitos reservados. Tradução para português do Brasil e Portugal , 2008, Livia Christina Andreucci e Anabela M S Pereira

Anexo 17 – Inventário Portage Operacionalizado - Capa do Livro



Anexo 18 – Inventário Portage Operacionalizado - Sumário

Sumário

PARTE I	1
1. O que é o Guia Portage de Educação Pré-Escolar e por que operacionalizá-lo	2
A) Procedimento de treino domiciliar	2
B) Planejamento curricular	4
C) Programa Portage de avaliação e treinamento de pais	8
D) Por que operacionalizá-lo?	13
2. Por que resolvemos publicar a Operacionalização do Inventário Portage	14
PARTE II	19
3. Sobre a relevância do envolvimento da família nos programas de intervenção precoce	20
4. Pesquisa sobre o Sistema Portage no Brasil	25
A) Objetivos do estudo	25
B) Participantes	26
C) Procedimento	29
a) Treino das Professoras	29
1) Treinamento inicial	32
2) Supervisão	34
b) Supervisão da Programação de Treinos das Professoras	36
c) Supervisão do desempenho das professoras ao realizarem treino domiciliar	40
D) Delineamento Experimental	40
a) Treino das Mediadoras	42
b) Delineamento experimental: comportamento das crianças	50
1) Linha-de-base Múltipla entre Grupos de Sujeitos	50
2) Procedimento de Múltiplas Sondagens	52
c) Duração e término do estudo	54
E) Instrumentos de Medida	54
a) Desempenho da criança	54
1) Desempenho quadrimestral do Inventário Operacionalizado do Guia Portage de Educação Pré-Escolar	54
2) Desempenho semanal em relação a comportamentos prescritos para treino	56
3) Desempenho quadrimestral em testes normativos	56
b) Desempenho da mediadora	58

1) Desempenho da mediadora no Inventário Comportamental de Pais	58
2) Registro diário do desempenho da criança	58
3) Entrevista com a mediadora	60
c) Desempenho da professora	60
1) Desempenho semanal quanto a elaboração de instruções para a mediadora	60
2) Observação do desempenho da professora ao realizar treinos domiciliares	62
• Observação da utilização da sequência de passos do procedimento de treino domiciliar	62
• Observação do desempenho da professora ao dar instruções orais	66
3) Entrevista com as professoras	68
F) Resultados e discussão	68
a) Benefícios do Projeto para as Crianças	68
1) Comportamentos ensinados às crianças	68
2) Aceleração do desenvolvimento das crianças	90
3) Desempenho das crianças em testes normativos	90
b) Benefícios do Projeto para os Familiares	94
1) Comportamentos ensinados às mediadoras	94
2) Desempenho das mediadoras enquanto observadoras	98
3) Opinião das mediadoras sobre o projeto	102
4) Participação dos pais no Projeto e Evasão	106
c) Benefícios do Projeto para as Professoras	110
1) Programação das instruções escritas	110
2) Desempenho da Professora ao dar instruções orais	112
3) Apresentação da sequência de passos do procedimento de treino domiciliar	120
4) Opinião das professoras sobre o projeto	124
G) Algumas Considerações	126
5. Alertas para o uso adequado do Inventário Portage	133
PARTE III	141
6. Operacionalização do Inventário Portage	142
A) Como procedemos para realizar esta operacionalização	142
B) Procedimento de observação	143
a) Que áreas observar	143
b) Que faixa etária começar a avaliar	143
c) Onde encerrar a avaliação	144

d) Duração das sessões de observação	144
e) Como organizar previamente uma sessão	144
f) Procedimento de observação propriamente dito	145
C) Registro	145
D) Informações finais	154
E) Fidedignidade das observações	154
7. Operacionalização da área de Estimulação Infantil do Inventário Portage	158
8. Operacionalização da área de Socialização do Inventário Portage	167
9. Operacionalização da área de Cognição do Inventário Portage	184
10. Operacionalização da área de Linguagem do Inventário Portage	206
11. Operacionalização da área de Autocuidados do Inventário Portage	225
12. Operacionalização da área de Desenvolvimento Motor do Inventário Portage	243
13. Identificação de categorias e classes de respostas contidas no Inventário Portage	261
A) Estimulação Infantil	261
B) Socialização	262
C) Cognição	263
D) Linguagem	264
E) Autocuidados	265
F) Desenvolvimento Motor	266
PARTE IV	269
14. Estudo de caso utilizando o Inventário Portage Operacionalizado	270
15. Aceleração do desenvolvimento de crianças: utilizando a reta de regressão	275
Como interpretar dados utilizando a reta de regressão	285
16. Comentários finais	287
Bibliografia consultada para Operacionalização do Inventário Portage	291
Referências Bibliográficas	293

Anexo 19 – Inventário Portage Operacionalizado - Grelhas

Inventário Portage Operacionalizado: Folha de Registro*

AUTOCUIDADOS

Nome _____ Data de Nascimento _____

Aplicador _____ Data da Aplicação _____

FAIXA ETÁRIA

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6
1	14	26	53	68	91
2	15	27	54	69	92
3	16	28	55	70	93
4	17	29	56	71	94
5	18	30	57	72	95
6	19	31	58	73	96
7	20	32	59	74	97
8	21	33	60	75	98
9	22	34	61	76	99
10	23	35	62	77	100
11	24	36	63	78	101
12	25	37	64	79	102
13	acertos	38	65	80	103
acertos	tot.itens	39	66	81	104
tot.itens	%	40	67	82	105
%		41	acertos	83	acertos
		42	tot.itens	84	tot.itens
		43	%	85	%
		44		86	
		45		87	
		46		88	
		47		89	
		48		90	
		49		acertos	
		50		tot.itens	
		51		%	
		52			
		acertos			
		tot.itens			
		%			

* Williams e Aiello (2001). *Inventário Portage Operacionalizado*

COGNIÇÃO

Aplicador _____ Data da Aplicação _____

[illegible]

314

Inventário Portage Operacionalizado: Folha de Registro*

Desenvolvimento Motor

Nome _____ Data de Nascimento _____

Aplicador _____ Data da Aplicação _____

FAIXA ETÁRIA

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6
1	46	64	81	96	112
2	47	65	82	97	113
3	48	66	83	98	114
4	49	67	84	99	115
5	50	68	85	100	116
6	51	69	86	101	117
7	52	70	87	102	118
8	53	71	88	103	119
9	54	72	89	104	120
10	55	73	90	105	121
11	56	74	91	106	122
12	57	75	92	107	123
13	58	76	93	108	124
14	59	77	94	109	125
15	60	78	95	110	126
16	61	79	acertos	111	127
17	62	80	tot.itens	acertos	128
18	63	acertos	%	tot.itens	129
19	acertos	tot.itens		%	130
20	tot.itens	%			131
21	%				132
22					133
23					134
24					135
25					136
26					137
27					138
28					139
29					140
30					acertos
31					tot.itens
32					%
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
acertos					
tot.itens					
%					

* Williams e Aiello (2001). *Inventário Portage Operacionalizado*

Inventário Portage Operacionalizado: Folha de Registro*

Estimulação infantil

Nome _____ Data de Nascimento _____

Aplicador _____ Data da Aplicação _____

1		10		19		28		37	
2		11		20		29		38	
3		12		21		30		39	
4		13		22		31		40	
5		14		23		32		41	
6		15		24		33		42	
7		16		25		34		43	
8		17		26		35		44	
9		18		27		36		45	
								Acertos	
								Total de Itens	
								%	

* Williams e Aiello (2001). *Inventário Portage Operacionalizado*

Inventário Portage Operacionalizado: Folha de Registro*

LINGUAGEM

Nome _____ Data de Nascimento _____

Aplicador _____ Data da Aplicação _____

FAIXA ETÁRIA

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6
1	11	29	59	71	86
2	12	30	60	72	87
3	13	31	61	73	88
4	14	32	62	74	89
5	15	33	63	75	90
6	16	34	64	76	91
7	17	35	65	77	92
8	18	36	66	78	93
9	19	37	67	79	94
10	20	38	68	80	95
acertos	21	39	69	81	96
tot.itens	22	40	70	82	97
%	23	41	acertos	83	98
	24	42	tot.itens	84	99
	25	43	%	85	acertos
	26	44		acertos	tot.itens
	27	45		tot.itens	%
	28	46		%	
	acertos	47			
	tot.itens	48			
	%	49			
		50			
		51			
		52			
		53			
		54			
		55			
		56			
		57			
		58			
		acertos			
		tot.itens			
		%			

* Williams e Aiello (2001). *Inventário Portage Operacionalizado*

Inventário Portage Operacionalizado: Folha de Registro*

SOCIALIZAÇÃO

Nome _____ Data de Nascimento _____

Aplicador _____ Data da Aplicação _____

FAIXA ETÁRIA

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6
1	29	44	52	64	73
2	30	45	53	65	74
3	31	46	54	66	75
4	32	47	55	67	76
5	33	48	56	68	77
6	34	49	57	69	78
7	35	50	58	70	79
8	36	51	59	71	80
9	37	acertos	60	72	81
10	38	tot.itens	61	acertos	82
11	39	%	62	tot.itens	83
12	40		63	%	acertos
13	41		acertos		tot.itens
14	42		tot.itens		%
15	43		%		
16	acertos				
17	tot.itens				
18	%				
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
acertos					
tot.itens					
%					

* Williams e Aiello (2001). *Inventário Portage Operacionalizado*